

NOV 11 1944

# ANNAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Secretário: ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano Cr \$ 50,00 — Número avulso Cr \$ 5,00

L. XLVIII

Agosto de 1944

N. 2

## Sumário:

	Pág.
Penicilina por via arterial. — DR. EURICO BRANCO RIBEIRO.....	93
Noções elementares sobre a terapêutica da mão sob o ponto de vista da cirurgia plástica. — DR. J. REBELO NETO.....	97
Coexistência de gravidezes tópica e ectó- pica incipientes integrais. — DR. José na MORAIS LEME.....	121
<b>Produção Médica de São Paulo :</b>	
Sociedade de Medicina e Cirurgia.....	136
Associação Paulista de Medicina.....	136
Higiene, Moléstias Tropicais e Infecciosas	136
Neuropsiquiatria.....	139
Dermatologia e Sifilografia.....	152
Otorrinolaringologia e Cirurgia Plástica.....	155
Radiologia e Eletricidade Médica.....	159
Medicina.....	159
Obstetricia e Ginecologia.....	166
Sociedade Médica São Lucas.....	171
Sociedade de Medicina Legal e Criminologia	172
Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar.....	173
Sociedade Paulista de História da Medicina	174
Centro de Estudos 'Franco da Rocha'.....	175
Sociedade de Medicina Aplicada à Educação Física.....	175
Outras Sociedades.....	176
Literatura Médica.....	179
Imprensa Médica de São Paulo.....	184
Vida médica de São Paulo.....	185
Assuntos de atualidade.....	189

# *Triod Zambeletti*

**Preparado orgânico tri-íodo-azotado**

Máxima eficiência curativa - Destacado neurotropismo - Ausência de retardo - Perfeita tolerância local e geral.

**INDICAÇÃO:** Artritismo - Artrite deformante - Localizações microbianas e tuberculares - Adenopatias - Afecções paralíticas - Intoxicações exógenas e endógenas também dos centros nervosos - Arteriosclerose - Poliartrite - Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e de 5cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50

**LAB. ZAMBELETTI LTDA. - CAIXA, 2069  
SÃO PAULO**

Uma novidade terapêutica, eficaz e atóxica

## **GENCITROPINA LABOTHERPE**

*Formula:*

CADA DRAGEA CONTEM:	ADULTOS	INFANTIL
Violeta de genciana . . .	0,06 g	0,02 g
Arrenal . . . . .	0,03 g	0,01 g
Sulfato de atropina . . .	0,00024 g	0,00008 g
Excipiente q.s. para 1 dragea gastro-refratária		

**INDICAÇÕES:** Giardia intestinalis, Infestação por Enterobius vermiculares, Estrongiloides, Estercolaris e por Heminolepis.

**LABORATÓRIO BRASILEIRO DE THERAPEUTICA LTDA.  
CAIXA POSTAL, 3018 - RUA S. JOAQUIM, 381 - TEL. 7-2955 - S. PAULO**

*i*

ia de

ções  
ara-  
dos  
ites.



# Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 50,00 — Número avulso. . . . Cr \$ 5,00

Vol. XLVIII

Agosto de 1944

N. 2

## Penicilina por via arterial \*

**Dr. Eurico Branco Ribeiro**

Diretor do Sanatório São Lucas

A preocupação predominante na penicilinoterapia é manter elevada concentração do medicamento nos meios circulantes, afim de se obter um efeito mais pronto sobre o agente infeccioso. É assim que se têm registado sucessos que vêm merecendo o qualificativo de milagrosos não só em estados septicêmicos mas também em infecções localizadas. Para tanto, vêm recomendando os autores as injeções várias vezes repetidas nas 24 horas, afim de se evitar que a eliminação relativamente rápida da Penicilina prive o organismo por longo tempo da sua desejada ação.

Tomando por base o princípio da alta concentração do medicamento para que se possa colher o seu melhor efeito terapêutico, lembramos que em infecções dos membros a via arterial seria a mais indicada por levar a Penicilina em alta concentração diretamente ao fóco das lesões, agindo ainda, no seu retorno à circulação geral, como si fora administrada por via venosa ou muscular.

Partindo desse ponto de vista, estamos ensaiando a aplicação da Penicilina por via arterial num caso de osteoartrite supurativa do joelho, de evolução rebelde, com fistulação reincidente em 5 anos de tratamento com os mais variados agentes terapêuticos. Estamos fazendo 2 injeções diárias na artéria femoral do lado doente, ao nível da base do triângulo de Scarpa.

\* Nota prévia apresentada à Sociedade Médica São Lucas em 1.º de agosto de 1944.

A Penicilina é proveniente do Instituto de Manguinhos e vem em empolas de 3 cc., com a recomendação de ser usada intramuscularmente, cada 6 horas. Conservamo-la na geladeira e estamos aplicando uma empola pela manhã e outra à noite, com intervalo de 12 horas.

Estamos no terceiro dia do tratamento. Não observamos o menor fenômeno subjetivo consequente à injeção: o doente não tem acusado dor ao se injetar a Penicilina nem posteriormente, seja no local da picada, seja em qualquer parte do membro correspondente. Não tem apresentado, também, qualquer fenômeno geral que se possa imputar ao emprego do medicamento: nem calefrios nem elevação térmica, ao contrário do que sucede com a injeção intrarterial de vacinas e certas drogas.

E' cedo, por certo, para tirarmos qualquer conclusão, mas apressamo-nos a registar a tolerância até agora registada nesse caso com uma via de introdução que é mais lógica e capaz de oferecer resultados mais rápidos e econômicos.

E' certo que o uso da Penicilina apresenta o inconveniente de determinar a irritação das paredes venosas, nas proximidades das picadas. E' possível que exerça a mesma ação irritante para o endotélio das artérias. Mas deve-se levar em consideração que a corrente sanguínea é mais rápida nas artérias do que nas veias, não havendo ali contacto tão demorado das substâncias injetadas com as suas paredes. Demais, é regra fazer-se a injeção endovenosa lentamente, ao passo que a injeção arterial é sempre feita com rapidez, porque a preocupação do terapeuta ao usar essa via é fazer chegar o medicamento em alta concentração no foco da afecção. Assim, a Penicilina possivelmente não determinará o endurecimento das paredes das artérias como o faz com as veias. Resta verificar se as arteríolas e capilares dos membros não vão sofrer a ação irritante da Penicilina. Contudo, deve-se lembrar que lançando mão dela em alta concentração não haverá a necessidade de prolongar o seu uso dias a fio, sendo de prever que poucas picadas sejam o suficiente para debelar qualquer infecção sobre a qual tenha ação eletiva. A nossa experiência já bastante longa com a sulfanilamidotерапия intrarterial nos autoriza a afirmar que essa via em relação com as demais diminui consideravelmente o período de tratamento, sendo de prever que o mesmo aconteça com a penicilinoterapia.

Sirva esta ligeira nota para despertar a atenção e observação dos práticos para mais esta modalidade da aplicação da Penicilina, que se nos afigura isenta de perigos e capaz de produzir maior eficiência nos casos em que é cabível, encurtando o período de tratamento, com suas desejáveis consequências para o doente e para a sociedade.

## Noções elementares sobre a terapêutica da mão sob o ponto de vista da cirurgia plástica \*

**Dr. J. Rebello Neto**

Membro da Academia Nacional de Medicina, Chefe da Secção de Cirurgia Plástica da Santa Casa de São Paulo

A reintegração funcional da mão constitue um problema cirúrgico da maior transcendência, se considerarmos de um lado a multiplicidade intrincada e complexa das estruturas que a constituem e que é necessário conservar ou substituir, e do outro a harmonia do movimento, o sentido cenestético, toda a gama riquíssima e que não encontra parelhas em qualquer outro rincão do organismo, da sensibilidade sensorial — a percepção ao tato, à temperatura, à dor.

O cirurgião plástico, por isso mesmo que está familiarizado com as finuras e mil artifícios de técnica, habituado a avaliar de relance o valor real, presente e futuro das enxertiais, dessas enxertiais que são a essência das reparações plásticas da mão, sente-se inteiramente à vontade para abordar o seu estudo, cooperando eficazmente com o cirurgião geral e o ortopedista.

Nem falta aqui o imperativo de imprimir ao labor insano da reconstrução o caráter artístico do acabamento pois as mãos, tal como a face, possuem sua feição arquitetural própria e acham-se sempre expostas ao olhar.

Os membros superiores graças à sua rapidez de ação protegem o tronco e a face das agressões do mundo exterior, sejam elas a chama ou o utensílio do trabalhador mas em holocausto sacrificam a parte mais nobre que é a mão.

O interesse do tema, porém, não vem apenas das lesões traumáticas ou dos seus resquícios cicatriciais, nem das manifestações patológicas, benignas ou malignas, mas da frequência com que se observam nos membros os mais variados tipos de malformações congênitas.

Antes de entrar em pormenores sobre a terapêutica das várias entidades nosológicas peculiares à mão, desejamos abordar certas questões de ordem geral: o preparo pre-operatório geral, a anestesia, o período pós-operatório.

\* Comunicação feita à Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo em 15 de Junho de 1944.

### PRE-OPERATÓRIO IMEDIATO

A mão, sempre em contacto direto com os objetos do mundo exterior, é uma das partes do corpo mais contaminadas, sob o ponto de vista bacteriológico. O asseio comum não consegue muitas vezes expurgá-la dos parasitas microbianos, de modo relativo, senão depois de prolongada ablução com água e sabão, seguida da imersão em meio antisséptico.

Haja vista o ritual cirúrgico de rotina utilizado por nós, cirurgiões antes de calçarmos as luvas de borracha.

A existência de bridas cicatriciais, ocultando as pregas de flexão, a presença de ninhos entre essas bridas, são outros pontos a requerer a atenção, sem contar a contaminação em potencial da mão que trabalha na terra ou na oficina.

Por outro lado, a delicadeza dos tecidos, a disposição particular de estruturas complexas necessárias ao movimento, a eventualidade do emprego de um enxérto, aconselham religioso respeito quanto a não agressão desses tecidos com substâncias químicas.

Nas lesões agudas da mão, quer por agentes traumatisantes, quer por queimaduras, o preparo terá em vista evitar maior contaminação, especialmente pelas vias provadamente mais comuns, oriundas dos médicos e enfermeiros.

Assim, mesmo o asseio inicial deve ser considerado como parte integrante da assepsia, exigindo instrumental, roupas, luvas e máscaras esterilizados, sem omitir a máscara para o próprio doente.

A detergência da pele sã, mas suja, será feita com a substância mais adequada ao caso: as solúveis em água serão retiradas com a própria água; a benzina ou éter para os corpos graxos e a parte atingida com sôro fisiológico morno, evitando não projetar com forte jato afim de não provocar dor nem hemorragia. A pele limítrofe, poupança pelo agente agressivo costumamos desinfetar pelo mertiolato corado ou alcoólico.



Fig. 1

8)

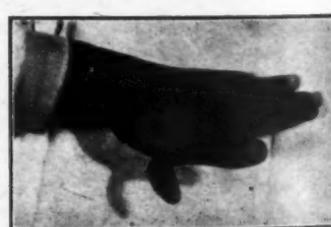


Fig. 2

As luvas do cirurgião são trocadas, os panos esterilizados dispostos ao redor de todo o membro superior, deixando a descoberto sómente a mão.

Recorremos então a novo instrumental esterilizado.

Nas operações "limpas" os cuidados são outros, que nos acobertam melhor contra a contaminação local. O primeiro cuidado é aconselhar que as unhas não sejam aparadas, pois delas vamos necessitar para a imobilização da mão, como veremos em pouco.

Nos dois dias que antecedem a operação o paciente executa os mesmos cuidados que o cirurgião antes de calçar as luvas, isto é, limpeza dos sulcos unguiais, escovagem com água e sabão, enxugar e mergulhar até ao antebraço em álcool. A parte desinfetada é envolta em compressas de gaze esterilizada e ataduras de gaze, sendo interdito o uso do membro.

No dia seguinte o cirurgião substitue o penso, após ter ele próprio procedido à mesma toalete da véspera. Finalmente, no ato da operação, retirado assépticamente o penso, basta executar uma detersão pelo álcool.

Raramente utilizamos as sulfa no preparo pre-operatório e, quando o fazemos, é sob o seguinte critério: impregnação moderada quando por qualquer motivo é necessário intervir pouco depois de cessada uma infecção local ou mais intensiva ao executar um "tempo", dentro da vigência de uma evolução séptica.

### TÁTICA OPERATÓRIA GERAL

O estabelecimento de um plano geral de tratamento depende de um diagnóstico o mais preciso possível da extensão e profundidade das lesões e de uma orientação que atenda ao conforto do dente, encurtando ao mínimo o seu período de invalidez temporária.



Fig. 3

A fase corretora do tratamento só será abordada depois de um longo período de consolidação, especialmente depois dos processos traumáticos seguidos de infecções graves.

A ação danosa das cicatrizes será combatida pela fisioterapia, assumindo valor incontestável o uso das massagens ativas e passivas exercícios apropriados com elásticos precedidas pela imersão da parte afetada em água quente.

Se houver necessidade de enxertos, temos o habito, aqui como em quasi todas as outras modalidades de plásticas, de calcular previamente a especie e dimensões do enxerto procedendo à sua retirada como tempo inicial.

Feita a reconstituição dos planos é aplicado um penso aséptico, só então dando inicio à aplicação do enxerto.

Os trabalhos de Bunnell, o grande especialista de San Francisco, devem ser familiares aos que se dedicam à difícil cirurgia da mão. O sitio das incisões, o modo de mobilizar as articulações, a conduta com as finas estruturas da mão e a caprichosa aparelhagem auxiliar estão exaustivamente estudadas e têm toda a atualidade.

Faz parte, ainda, da tática operatória a escolha do momento mais adequado para intervir, que será apontado pelo estado local, evolução mais ou menos acidentada e pelo estado geral do paciente. Quanto a este último ponto deixamos de entrar em minúcias, por coincidirem com o mesmo critério adotado para qualquer outra espécie de intervenção dirúrgica.

## ANESTESIA

Nas intervenções em crianças, recorremos à associação barbitúrica-escopolamina-eucodal-efetonina suprimindo os barbitúricos em pacientes de idade mais elevada.

E' de grande vantagem a aplicação da anestesia troncular executada no punho, contornando assim qualquer possivel efeito maléfico exercido sobre os tecidos pelo líquido anestésico.

Na cirurgia dos dedos basta a infiltração em anel, na sua raiz.

## PÓS-OPERATÓRIO

Distinguimos dois períodos: o imediato, abrangendo da confecção do primeiro penso até à sua retirada e o tardio, daí à alta.

Os enxertos cutâneos livres exigem, como bem ensina Koch, assepsia rigorosa, hemostase do leito receptor, imobilidade da parte e compressão adequada.

Um enxerto livre na palma da mão, por exemplo, recebe o penso seguinte: cobertura com uma folha de celofana esterelizada



Fig. 4



Fig. 5

zada, uma compressa de gaze seca, coxim de esponja de borra-cha, nova compressa de gaze. O antebraço e a mão são colocados sobre uma tala previamente preparada e acolchoada.

Pela passagem da atadura de gaze, o penso permanece fixo, sendo muito branda a compressão exercida sobre o enxérto, o suficiente para evitar o seu deslizamento.

No momento, começamos a ensaiar o processo de aderência pelos coagulos segundo a técnica de Sano, mas aguardamos um maior número de casos para consolidar nossa opinião a respeito.

Os dedos são imobilizados sobre a tala por meio de um fio introduzido na parte livre da unha e amarrado ao revestimento de gaze da própria tala.

Para as crianças pequenas, que não controlam os movimentos, o aparelho gessado é preferível, por constituir proteção mais garantida.

Nos traumatismos agudos, adotamos as ideias de Böhler. O curativo aberto com o arco de Cramer é de grande valor, como Cavalcanti recentemente assinalou.

Quanto ao pós-operatório tardio, depende da espécie clínica e dele trataremos abaixo, devendo apontar a vantagem da tração elástica e o exercício o mais precoce possível.

### MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS

A associação de várias malformações congênitas no mesmo indivíduo é muito mais comum do que se pensa e o seu registro deve ser cuidadosamente feito, visando melhor interpretação teratogenética.

Haja vista o caso que ilustra a fig. 1, apresentando: fissura labio-alveolo palatina bilateral, apêndices auriculares e um dedo

supranumerário, fixo apenas por um delgado pedículo cutâneo à face externa da articulação metacarpo-falangiana do polegar normal, do lado direito.

Veygandt registra tambem a polidactilia associada muitas vezes à importantes taras hereditárias, que devem ser profundamente estudadas, justificando às vezes a esterilização legal (o A. refere-se à Alemanha).

Liceaga cita tambem a conjunção de várias deformidades à sindactilia.



Fig. 6



Fig. 7

Ao envez dêsse dedo bambo, (fig. 2) sem conexões esqueléticas, verdadeiro parasita da mão, o paciente da fig. 3 mostra duplicidade de polegares, com a particularidade, bem visivel na radiografia (fig. 4) do polegar acessório possuir três falanges, como num caso descrito por Chaves.

Trata-se de uma criança do sexo feminino, com 9 meses e cujo defeito está radicado através o ramo paterno pois uma irmã do seu pai teve um filho com seis dedos em cada mão e uma outra, possuidora de seis dedos em cada mão, teve por sua vez uma filha polidáctila. Consistiu o tratamento na amputação do dedo intruso (fig. 5).



Fig. 8

Outro exemplo de influência hereditária é o da paciente das figs. 6, 7 e 8, do sexo feminino, com 9 meses, portadora de seis dedos em cada mão, percebendo-se pelo exame externo e pela radiografia (fig. 9) que o dedo à mais é o quarto, exatamente



Fig. 9

aquele por nós amputado (fig. 10). Sua irmã mais velha, fotografada ao lado, possue seis artelhos do lado esquerdo, com sindactilia parcial entre os 2 x 3 dos dois lados. O segundo artelho da primeira paciente é mais volumoso do que o normal (megalodactilia), embora não tão acentuada como o da fig. 11.

A malformação provem do ramo paterno pois o próprio pai, uma tia dêste e um seu irmão, apresentam defeitos congênitos nos pés (campodactilia).

Ainda para provar a frequência do fator hereditário, citamos a grave malformação de um paciente do sexo masculino, com 8



Fig. 10

anos (figs. 12 a 14): ausência das 2.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> falanges do indicador, com um apêndice verrucoso no côto restante, ausência da terceira e segunda falanges do dedo rudimentar do lado direito. Do lado oposto: praticamente ausência dos dedos indicador, mé-



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13

dio e anular, com vários apêndices. Uma sobrinha paterna nasceu com a coxa direita mais curta do que a esquerda, malformação similar à citada por Bourgeois, Feil e Loireau.

## SINDACTILIA

A soldadura mais ou menos completa entre os dedos da mão oferece maior interesse cirúrgico.

Dentre os casos por nós observados, escolhemos, por ser mais ilustrativo, o das figs. 15 e 16. É um paciente do sexo masculino, com 12 anos, apresentando microdactilia direita, com fusão parcial de todos os dedos da mão direita, ausência de uma



Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16

falange dos dedos indicador, médio, anular e mínimo. A radiografia (fig. 17) e o exame do membro superior direito (fig. 18), evidenciam um aspecto gracil da mão e do antebraço, que atribuímos também à falta de função, pois o paciente nunca exerceu nenhum trabalho com o lado afetado.

A nossa observação coincide com a de Ulloa. Há casos em que a sinéquia é membranosa (sindactilia aberta), permitindo sucesso com a operação tipo Didot. Em outros, como no caso presente, a sinéquia é total (fechada) sugerindo a presença de um dedo, apenas mais largo do que o normal, sendo infrutíferas as tentativas para afasta-los entre si.

A técnica cirúrgica preferível é a de Agnew, modificada por Cogswell e Trusler, seguida por MacCollum e outros. Consiste em construir a comissura à custa do tegumento dorsal do dedo sindátilo, garantindo o ponto mais difícil da plástica e forrar a parte cruenta com enxerto cutâneo, livre.

Foi essa a técnica adotada sem a menor dificuldade no caso vertente, protegendo a comissura com um retalho pediculado dorsal e forrando a parte cruenta com enxerto intermediário de pele retirada da face interna do terço médio do braço direito. A prega, muito curta, do primeiro espaço inter-digital foi alongada pelo processo em Z.

As figs. 19 e 20 exibem o resultado final, devendo colher novas fotografias em época mais distanciada da alta.

### CICATRIZES

As cicatrizes da mão só rivalizam em gravidade com as da face. Ambas inutilizam o indivíduo — as primeiras, conduzindo a uma invalidez, tanto mais desoladora quanto maior a robustez física do infeliz e a segunda, forçando-o ao afastamento do convívio social, onde só causam repulsa e comiseração.

Entretanto, a cirurgia plástica oferece-lhes um valioso arimo, contribuindo com os seus ingentes esforços à reintegração social desses mutilados, a volta as oficinas de artifícies hábeis e prestantes.



Fig. 17



Fig. 18

O tratamento profilático tem certo valor, embora seja difícil, pois está provado ser quasi impossível evitar as retracções provocadas pelos tecidos de revestimento durante a fase de cicatrização. Algun proveito poderá advir do emprego judicioso do enxerto cutâneo precoce, especialmente o tipo Braun, destinado aos indivíduos exauridos por longo período de quasi es-

tagnação cicatricial. Blackfield, entre outros, insiste nas vantagens do enxerto precoce, como profilaxia de maiores danos.

Um demorado preparo pré-operatório tem aqui incontestável valor. A massagem manual muito branda, desde cedo, os movimentos ensaiados com a parte imersa em água quente, além do soerguimento do estado geral, logo se traduzirão pelo amolecimento dos cordões e placas fibrosas, o retorno inesperado de alguns movimentos, o descongestionamento gradual das áreas afetadas. A roentgenoterapia exerce por vezes excelente efeito coadjuvante.



Fig. 19



Fig. 20

De um modo geral consiste o tratamento plástico em ressecar as cicatrizes, pouparando as vias de nutrição, inervação e movimento, isto é, os vasos sanguíneos e linfáticos, nervos e tendões e cobrir as áreas cruentas com estofo cutâneo íntegro.

Em grande número de casos basta essa técnica para conseguir-se surpreendentes resultados, dispensando manobras mais complicadas sobre os tendões.

Alguns exemplos ilustram essa conduta clínica.

A paciente da fig. 21 apresentava cicatrizes antigas por queimadura, promovendo flexão total do dedo mínimo e flexão parcial do médio da mão direita. Após a extirpação das cicatrizes digitais, sem plástica tendinosa, conseguimos a sua distensão,

sendo a cobertura procedida imediatamente com enxertia livre de pele total (tipo Wolfe-Krause). No fim de 12 dias de imobilidade e ligeira compressão, retiramos o primeiro curativo, registrando a pegada integral do enxerto. Três anos depois foi colhida a segunda fotografia (fig. 22). Houve retorno completo da função, sem nenhuma seqüela, podendo a paciente executar com desembaraço os mais finos trabalhos de agulha.

Outro caso do mesmo gênero, mas com a particularidade de tratar-se de uma criança de tenra idade (30 meses) deu também animadores resultados, registrados dois anos depois (figs. 23 e 34).



Fig. 21



Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24

De idade ainda mais baixa, pois tinha apenas 14 meses foi o paciente da fig. 25, gentilmente enviado pelo Dr. Renato Bomfim.

Um fio de Kirschner transfixou a primeira falange, mantendo o dedo em extensão, após ressecção da cicatriz e cobertura com pele total, envolvendo totalmente a região operada com um aparelho protetor de gesso, afim de evitar contaminação, obtendo cicatrização *per primam* e bom resultado funcional.

Uma gravíssima deformidade da mão, resultado de um acidente do trabalho é o que ilustra as figs. 26 e 27. Do esmagamento de todo o membro resultou flexão do antebraço sobre o



Fig. 25

braço (operada em novembro de 1940) eliminação dos tecidos moles do terço medio e inferior do antebraço, bem visível nas referidas figuras e atitude viciosa da mão e dos dedos, só perdurando um ligeiro movimento de pinça entre os dedos polegar e indicador. Em maio de 1941 foi executada a ressecção do carpo, melhorando consideravelmente a atitude da mão (figs. 28 e 29).



Fig. 26



Fig. 27

Técnica muito mais complexa foi aplicada ao paciente da fig. 30 por exigir além da recuperação dos dedos, a eliminação de cicatrizes cobrindo totalmente o dorso da mão e punho. Caso de queimadura datando de muitos anos, impossibilitando a abdução do polegar, atitude viciosa do indicador e médio e mutilação dos 4.<sup>º</sup> e 5.<sup>º</sup> dedos.

O tratamento foi assim conduzido: no dia 12 de março, ressecção das cicatrizes do dorso da mão e sua introdução sob uma ponte cutânea levantada por meio de duas incisões paralelas no ventre. Oito dias depois, secção da margem inferior dêsse retalho e sutura ao tegumento do bordo interno da mão. Em 28 de março, autonomização total do enxerto, pela separação da sua

extremidade superior, para revestir a face externa do punho, bem aparente na fig. 31. Em 23 de maio o côto do 5.º dedo foi amputado e dissecados os três primeiros espaços interdigitais que foram revestidos de pele total.

Conseguimos sensível melhora (fig. 32), maior amplitude nos movimentos e aumento da capacidade de trabalho.

Nenhum tipo de cicatrizes rivaliza em gravidade com o das queimaduras recebidas na infância e evoluido à margem de qualquer tentativa terapêutica.



Fig. 28



Fig. 29

Dizemos *evoluido* porque de fato com o crescimento da parte, mesmo quando estorvado pelas bridas e pelas mais bizarras atitudes, as relações anatômicas vão se modificando de ano para ano, agravando a situação e exigindo frequentemente amputações.

No caso da paciente da fig. 32, a correção só foi possível com a amputação do dedo indicador, pois a brida cicatricial repuxou-o a tal ponto que foi colocar-se no dorso da mão. Queimadura ocorrida com a idade de um ano, abandonada à própria evolução até aos 19 anos.

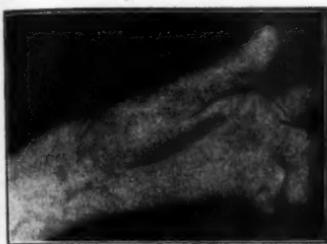


Fig. 30



Fig. 31



Fig. 32



Fig. 33



Fig. 34

Os panarícos deixam também sequelas inestéticas, sobretudo quando a incisão é praticada imprópriamente, no centro da falange inguial (fig. 33). A fig. 34 mostra o resultado da extirpação da cicatriz, dois anos passados.

#### QUEIMADURAS RECENTES

O modo pelo qual a atual guerra se desenvolve tem concorrido para avolumar nas estatísticas os feridos por queimadura.

Faltam-nos ainda dados completos sobre o resultado dos tratamentos em voga nos países em luta. O que já está publicado,

entretanto, permite esboçar um traçado geral da conduta terapêutica.

Deixando de lado o tratamento geral e o cuidado local de outras partes atingidas, referiremos apenas qual deve ser o cuidado local das queimaduras da mão.

Os ingleses adotam o método do envelope irrigador para as queimaduras profundas. As partes afetadas são assépticamente limpas e sobre elas a sulfanilamida é pulverizada. Após 12 horas iniciar a irrigação com a solução de hipoclorito electrolítico a 2,5 % e depois a 5 % (Pearson, Lewis e Niver). Imergir durante 20 minutos, repetindo a manobra três vezes ao dia.

E' conveniente trocar o tratamento de quando em vez.

A vantagem principal do método é evitar a infecção sob as crostas, possível nos métodos de tanagem.

Maitland, porém, ainda adota o ácido tânico quando não há infecção mas nos casos graves, profundos, aplica a solução de cristal violeta a 1 % e pulverizações com a solução de sulfapiridina a 5 % em ácido bórico.

O preparo para enxerto é feito com compressas salgadas e acriflavina a 1/4.

Vakely condena o ácido tânico, preferindo a mistura tríplice precedida pelo banho salino.

Siler acentua o valor do curativo compressivo, o mesmo opinando Penberthy e Weller. O primeiro, após a limpeza asséptica com sôro, envolve a parte queimada sucessivamente com compressa de gaze, compressa vaselinada, gaze simples, esponja e compressão com ataduras, só mudando o penso de oito a catorze dias depois. Os segundos aplicam a gaze molhada em sôro ou petrolatum e procedem a um curativo apertado.

Esses últimos autores insistem, aliás, como quase todos os outros, na necessidade do enxerto precoce, noção clássica ditada pela prática de autores muito experientes como Padgett, Blair e Byars.

A dificuldade em imobilizar totalmente a mão estava a indicar a criação de um curativo flexível. Pickrell consegue uma escara flexível, translúcida, antibacteriana, pulverizando a área queimada com uma mistura de sulfadiazina-piramidina a 3 % e trietanolamina a 8 %.

A mesma película fina e elástica é obtida por Cruthirds por meio de pulverizações com uma solução de sulfidrol.

Harkins preconiza curativos embebidos em sôro fisiológico ou o uso local de compostos de sulfa, após cuidadoso desbridamento.

As retrações cicatriciais dos dedos provêm não só da profundidade destruída como da lentidão do processo reparador, somado ao fator infecção.

Além disso, as cicatrizes, abandonadas à própria sorte cada vez repuxam mais e se agravam com o crescimento do indivíduo, como mostramos acima.

Assim, a indicação capital tanto nas queimaduras em fase de granulação como depois de formadas as bridas, repousa no *enxerto precoce*. No primeiro momento o tipo de enxerto pouco importa. O que se pretende é acelerar a cicatrização. No período subsequente o enxerto precoce é a melhor profilaxia para as terríveis seqüelas tardias.

### DOENÇAS DA MÃO

Dentre várias manifestações patológicas que podem afetar a mão e tão bem estudadas por Mason, figura o câncer.

A conduta terapêutica apresenta algumas particularidades e por isso vamos referir, com pormenores, um exemplo desse gênero.

Trata-se de um paciente de 70 anos, amavelmente enviado pelo Prof. Oswaldo Portugal, o qual apresentava uma ulceração no dorso da mão direita (fig. 35), catalogada após o exame histopatológico como sendo um epiteloma plano-celular corneificado, datando de seis anos e recidivante ao tratamento radium-terápico. Gânglios não palpáveis.



Fig. 35



Fig. 36

Foi operado no dia 6 de setembro de 1938, sendo o tumor totalmente destruído por eletro-coagulação e a área queimada ressecada largamente pelo bisturi comum, até à parte macroscópicamente indene.

Resultou uma larga perda de substância com os tendões à mostra. Não podíamos pensar em cobrir com enxerto total livre por dois motivos capitais: primeiro, porque esse tipo de enxerto não "pega" sobre tendões, sendo fadado à necrose certa e segundo por causa da infecção apresentada pela lesão inicial, tornando problemático o sucesso da pegada.

Resolvemos por isso proceder à cobertura com um largo retalho pediculado em U destacado da parede anterior do ventre, procurando orientá-lo tendo em vista uma posição confortável. O pedículo foi seccionado 12 dias depois, distendendo o tegumento sobre a parte descoberta do dorso da mão. O paciente teve alta no dia 18 de novembro, com a lesão cicatrizada (fig. 36), não mais nos procurando até hoje.

Outra afecção curiosa e que hoje apresentamos, embora não a tivessemos operado, é a fig. 37.



Fig. 37

Paciente do sexo masculino, de trinta anos, já teria nascido com o membro superior direito mais volumoso do que o esquerdo. Com a idade de 20 anos caiu da bicicleta, traumatizando a polpa do dedo médio. Edema intenso imediato e grave surto infecioso, pondo em perigo a vida.

Mais tarde novo trauma na mão afetada, seguido de um grande aumento de volume, que não mais retornou ao normal.

O aspecto é de uma verdadeira elefantiasis do membro superior, especialmente da mão, com edema duro, pouco depresível.

Por se tratar de um processo indolor, incomodando relativamente pouco, o enfermo recusou o tratamento, que consistiria na drenagem linfática de Macey, consoante os mesmos modernos princípios aplicados à elefantiasis do membro inferior.

Endereço: Rua Benjamim Constant, 61

**DAQUINOL -**  
(EMPOLAS)

NA GRIPE E NA  
PNEUMONIA

## Coexistência de gravidezes tópica e ectópica incipientes integras

**Dr. José de Moraes Leme**

Cirurgião-chefe da Cia. Nitro-Química Brasileira

Depois que a segurança proporcionada pela assepsia permitiu aos cirurgiões abrir, praticamente sem perigo, o corpo dos seus clientes, uma nova entidade morbida entrou a figurar, embora não oficialmente, na nomenclatura nosológica: foi o "operoma".

Fundada havia pouco a Anatomia Patológica, depois que o estudo dos cadáveres humanos deixara de ser considerado sacrilégio; tornada possível a melhor observação dos doentes com o aperfeiçoamento dos meios propedêuticos, aos quais acabava Laennec de fornecer sua valiosa contribuição, foi da observação comparativa entre os dados fornecidos em vida pela clínica e os achados da mesa de autopsias que pouco a pouco começou a ser erigido o edifício, ainda hoje incompleto, da medicina científica. Ampliados os âmbitos da ciência experimental, desvendados muitos dos segredos da Química, foi percebido o alcance do estudo das variações da composição dos humores, e mesmo dos tecidos, desse modo se erigindo em corpo a Fisiologia, normal e patológica.

Entretanto, muitos casos clínicos permaneciam obscuros, ou porque se curavam sem ter podido ser bem esclarecidos, ou porque a verificação necrópsica não era possível, quasi sempre por motivos sociais.

Chega a éra cirúrgica, e à sombra das descobertas de Pasteur a ousadia dos operadores passa a não ter limites; e com isso se cria um novo método propedêutico: o da anatomia patológica *in vivo*, mercê das intervenções exploradoras, que aliás encontravam plena justificativa por geralmente se transformarem também em manobras terapêuticas.

Das várias regiões do organismo, foi o abdomen o mais beneficiado com a descoberta da assepsia; graças a esta, o tão temido peritôneo passou a ser um dos mais tolerantes entre os elementos orgânicos, por ser de si mesmo possuidor de largos

elementos de defesa. Constituindo mesmo hoje uma inexgotável caixa de surpresas, a cavidade abdominal ainda maior número de segredos reservava para os clínicos da época, que não dispunham dos recursos modernos de diagnóstico. E, levando em conta a relativa inocuidade das laparotomias exploradoras, a contrastar com a elevada mortalidade fornecida por certas afecções abdominais não bem caracterizadas, nada mais natural do que a afoiteza dos cirurgiões em "ir ver" de perto do que se tratava, na quasi certeza de que em suas mãos estava o poder de afastar o processo mórbido. Quando tal não sucedia, por falta de indicação operatória da doença encontrada, ou por se achar esta acima dos recursos terapêuticos, a simples abertura da cavidade, cercada das devidas regras de prudência, geralmente não era causa de mal maior.

E foi assim que os "operomas" abdominais, fornecendo um número não pequeno de êxitos espetaculares aos cirurgiões ousados, fizeram a muitos desleixar o rigor diagnóstico prévio, confiados na habilidade de suas mãos e na segurança do critério clínico, rápido em tomar atitudes decisivas em face dos inesperados achados patológicos que se patenteassem.

Com a descoberta de novas técnicas semiológicas, entre as quais principalmente os raios X — ainda mais quando auxiliados pelas substâncias opacas de contraste —, pouco a pouco esse grupo informe dos "operomas" se reduziu, e mais e mais se passou a intervir com diagnóstico seguro, embora até hoje não em definitivo afastada a possibilidade de topar com imprevistos que por vezes desconcertam. E ainda em certos casos as dúvidas continuam a persistir, e não se pôde evitar de recorrer à operação exploradora, quasi sempre menos danosa que a expectativa do aclaramento perfeito do quadro clínico, que frequentemente só se obtém quando já passou a oportunidade do intervento salvador.

Ilustração duma eventualidade dessas é o caso seguinte:

*Observação:* Em 27 de abril de 1942, foi-nos enviada ao consultório, pelo presado colega dr. Prado de Moraes, nosso companheiro desde o curso de humanidades, a sra. I. R., de nacionalidade alemã, com 29 anos de idade, a qual se queixava de dores na fossa ilíaca direita, náuseas e vertigens, perturbações essas que remontavam a quinze dias, e que a doente supunha relacionadas com uma queda da escada, ocorrida poucos dias antes.

Nos antecedentes morbidos pessoais, apenas se registrava uma operação de apendicite, sofrida havia três anos.

Casada com 17 anos de idade, não tivera nenhum filho de termo; usando de manobras neo-maltusianas, apesar delas engravidara por duas vezes, de ambas tendo abortado, sendo uma vez espontaneamente e a outra por provocação.

Era menstruada com regularidade, em intervalos de 28 dias, sendo o sangramento normal em quantidade e aspecto, prolongando-se por três dias

e não se acompanhando de dores; o ultimo período, a seu ver em nada diferente dos demais, se iniciara em 1º de abril, não havendo portanto, no momento do exame, nenhum atraso a registrar.

— As provas semiológicas habituais nada verificaram de anormal nos órgãos vitais; no ventre, a palpação despertava dor no hipocondrio direito e na parte inferior da fossa ilíaca direita, com irradiação sacra, mas não lombar. Os rins e os pontos ureterais não estavam anormalmente sensíveis. Ao toque, encontrámos o colo uterino completamente amolecido, havendo pequeno aumento de volume do corpo do orgão; na região anexial direita, palvava-se um tumor doloroso, do tamanho dum avelã, sem continuidade evidenciável com o útero. A pressão arterial, medida com o aparelho de Vaquez-Lauby, era de 11 de mx. e 8 de mn.; a urina tinha a densidade de 1015 e nela não existia albumina, nem assucar.

Um diagnóstico pareceu-nos desde logo evidente, e capaz de explicar as vertigens e as náuseas: era a gravidez incipiente. Com isso, porém, não ficava esclarecida a causa da dor anexial, que fôra o motivo mais importante da consulta, e nem se explicava a etiologia do tumor encontrado na região dolorosa.

Afastámos desde logo o apêndice, que já fôra retirado, e a árvore urinária direita: a nítida localização anexial da dor, a falta de hipersensibilidade nos pontos ureterais e renais, a normalidade do exame de urina tornavam pouco provável o comprometimento deste aparêlho orgânico.

E entre as várias hipóteses diagnósticas mais prováveis, fizemos desde logo uma bipartição:

I — prenhez tópica com tumor anexial;

II — prenhez ectópica íntegra.

Estudando mais de perto as possibilidades acima, o tumor anexial acompanhando gravidez normal podia ser um dos seguintes:

1.º *anexite crônica exacerbada pela gravidez*; mas provavelmente se acompanharia de febre (que não existia no caso) e seria mais frequentemente bilateral (no caso presente, o lado esquerdo estava indene). Entretanto, a exacerbção podia ser discreta e não dar febre; e a própria ausência de bilateralidade não tinha importância decisiva, não só porque a anexite poderia ser unilateral, mas também porque a evidenciação de lesões bilaterais poderia prover:

- a) de ecciese dupla, que não é achado tão raro (32, 33, 35), mesmo com embriões de idades diferentes (7);
- b) de anexite dum lado e gravidez ectópica do outro;
- c) de prenhez extra de um lado e hematossalpinx do outro (33);

2.º tumor ovariano não inflamatório, quístico ou não, inclusive os "tumores fantasmas", constituídos nas crises de atresia das ovarites escleroquísticas e em algumas posturas ovulares de glândulas normais (38). Entre esses tumores não inflamatórios merecem especial referência os quistos luteinicos, de diagnóstico diferencial quasi impossível com a prenhez extra, por isso que se encontram sucessivamente aumentados de volume aos exames repetidos com algum intervalo, e além disso dão reação positiva ao Ascheim-Zondek. Aliás, não é impossível que tumores ovarianos, mesmo malignos, coexistam com a gravidez tubária (29).

3.º tuberculose anexial — era um risco a correr, tanto quanto o do quisto luteínico, porque também aqui a prova hormonal é positiva. Recordamo-nos de um concurso de docência realizado há alguns anos nesta Capital, em que todos os candidatos fizeram e justificaram o diagnóstico de prenhez ectópica, numa doente que nós também havíamos examinado pouco antes com igual impressão, e no entanto o ato cirúrgico encontrou um tuberculoma. Aliás, este pôde ser fator participante da localização ectópica da gravidez, donde provavelmente a grande frequência desta última entre as japonesas, também presa fácil da bacilose;

4.º hidrossalpinx — seria menos doloroso, e dificilmente se poderia explicar começasse a doer justamente com o início da gravidez, si bem que no caso em discussão a queda pudesse ser considerada fator provocante;

5.º fibroma uterino pediculado, hipótese menos provável no caso, pela diferença de consistência e de relação com o corpo uterino; concordemos, contudo, que esses caracteres diferenciais nada encerram de absoluto.

Fosse o caso de abdomen agudo — e portanto de provável ecciese rota —, outras possibilidades haveria que considerar no diagnóstico diferencial; não era porém, de tal natureza o problema que tínhamos em mãos para resolver.

Apesar da concomitância, de um dos tumores anexiais acima enumerados com prenhez tópica incipiente, não poder ser eliminada de modo decisivo, a hipótese de gravidez ectópica, muito provavelmente tubária, com ovo íntegro, foi a que desde o início mais nos seduziu. E isso pelas seguintes razões:

a) havia, em primeiro lugar, nítidos sinais de gravidez; e tamanho do útero, si bem que também compatível com a existência em seu interior de um embrião incipiente, não era tão grande que disso fornecesse dados de grande probabilidade (o diagnóstico de certeza da gravidez só se obtém após o encontro de partes fetais à palpação, ou a escuta de batimentos cardíacos fetais);

b) o registro dum abortamento provocado explicava a ocorrência de lesão tubária que, bastante discreta para ter dado grandes sinais de si (e os pequenos sinais teriam passado despercebidos entre aqueles que a provocação do abortamento por si só explica), teria sido suficiente para interromper a migração normal do ovo fecundado;

c) o longo período de esterilidade preexistente à fertilização era outra probabilidade de ter sido a trompa lesada (21);

d) o tamanho do tumor tubário encontrado estava de acordo com a provável idade do ovo ectópico;

e) esse tumor era doloroso, espontaneamente e à palpação ("a gravidez ectópica é dolorosa" (13, 38);

f) não havia antecedentes nem sinais atuais de tuberculose;

g) finalmente: a prenhez tubária sósinha explicava tanto as náuseas e vertigens apresentadas pela doente, quanto a dor anexial de que se queixava; além disso, fornecia etiologia ao tumor encontrado.

Aliás, das várias hipóteses possíveis além desta, todas comportavam igual indicação para a terapêutica cirúrgica, exceto a anexite em evolução, e discutivelmente a tuberculose. Mesmo si se tratasse de anexite, a operação, nesse caso desnecessária, não causaria grandes males desde que se soubesse recuar a tempo, e, na frase conhecida, não se juntasse um erro terapêutico a um erro diagnóstico.

Não obstante, mandámos efetuar um hemograma e proceder à prova da hemossedimentação, que ambos deram resultados normais e portanto ofereceram maiores argumentos à nossa hipótese.

Notemos, entretanto, que:

a) mesmo que o quadro hematológico denunciasse supuração, não estariam obrigados a desistir do nosso ponto de vista, pois o fóco poderia não ser anexial: um abcesso no ápice duma raiz dentária, por exemplo, poderia estar em causa, e sabemos hoje quão frequentes são casos dessa natureza, apenas evidenciados por lesões a distância (reumatismos, nefrites, endocardites), e só esclarecidos quando se pensa na sua etiologia e se busca comprová-la radiologicamente;

b) a própria leucocitose é frequente na gravidez, e em particular na extra-uterina (17, 19, 39), embora mais frequente e acentuada quando esta se acha rota (28);

c) a aceleração na sedimentação das hematias, si encontrada, poderia encontrar explicação na própria gravidez (8, 24, 36, 39).

Pouco auxiliaria o prolan-diagnóstico, por um dos métodos de Ascheim-Zondek ou suas variantes (Friedmann, Simmonet, etc.):

- a) si negativo, não seria prova da inexistência da prenhez extra (34), pois o ovo podia estar apenas encerrando o cadáver dum embrião, e ainda não ter havido sintomas clínicos disso (a metrorragia, por exemplo);
- b) si positivo, tanto poderia indicar a prenhez tópica com tumor anexial, quanto a gravidez ectópica;
- c) mesmo positivo, poderia não haver embrião em gestação: já aludimos à tuberculose anexial e ao quisto luteínico do ovario, que também se acompanham dessa positividade.

Nem pensámos em recorrer à histerossalpingografia, embora ela fosse decisiva si se tratasse de quisto luteínico ou de tuberculose: havendo sinais muito nítidos de provável gravidez, poderia essa prova ser responsabilizada si ocorresse indesejável abortamento de gestação tópica.

O emprêgo da transiluminação talvez viesse trazer algum esclarecimento (22), embora sua utilidade fosse maior após a interrupção do processo gravídico ectópico; entretanto, não temos experiência do método, nem estamos aparelhado para praticá-lo.

A punção do Douglas indicar-se-ia diante de sinais também de rotura; no caso presente, embora pudesse ser excepcionalmente positiva, nada significaria si negativa.

Permanecia, pois, a probabilidade da prenhez ectópica integral, cujo diagnóstico de certeza nesta fase incipiente é dificílimo, quasi impossível (10, 26, 31); e sobre essa hipótese pendia a espada de Damocles da inundação peritonial, sempre de temer, mesmo precocemente (2, 4, 14), ameaçando a doente e pesando sobre a nossa responsabilidade profissional. E a este respeito não resistimos à tentação de traduzir na íntegra uma observação incisiva de MONDOR (30): "Numa casa de saúde, um partoир dos mais eminentes manda entrar uma enferma, na qual suspeita uma gravidez extra-uterina. Faz o exame da doente em posição de Trendelenburg; prolonga-o, porque o caso é difícil. E, após este toque e este palpar prolongados, acredita-se tranquilizado e socega a doente: Nada há. Uma hora depois, a paciente morre de hemorragia cataclismica, antes que tenham podido reencontrar o partoир".

Em ambiente hospitalar, a expectação seria admissível; entretanto, si muito demorada, ficaria acima dos recursos econômicos da doente. Quanto à observação domiciliar, é sempre precária; si ocorresse a ruptura, poderia nem haver tempo para a remoção; mesmo havendo, o próprio transporte poderia ser pre-

judicial, sem contar — eventualidade do atual momento — que poderiam faltar recursos de rápida locomoção na hora necessária.

Pesando todos esses motivos, propuzemos a intervenção, que tínhamos certeza não seria simplesmente exploradora, e sim nitidamente terapêutica. Aceita a indicação pela paciente, por seu marido e pelo colega que nos encaminhou o caso, deu entrada a enferma no Hospital Santa Cruz no dia 28 de abril, passando esse dia e o seguinte completando os exames prévios e fazendo o pre-operatório.

Firmada cada vez mais nossa convicção, intervimos sob anestesia geral pelo balsoformio no dia 30, praticando laparotomia mediana infra-umbilical, encontrando a trompa direita realmente gravida em sua porção istmica, extirpando-a sem maiores dificuldades, e não tocando no corpo luteo encontrado.

O pos-operatório foi inteiramente destituído de incidentes, levantando-se a enferma pela primeira vez no dia 3 de maio, retirando-se algumas agrafas no dia 5 e nessa data se permitindo a alta hospitalar; da sua residência, locomoveu-se a doente até o nosso consultório no dia 8, para a remoção das restantes agrafas, e no dia 12 para a dos pontos de crina, tendo então alta cirúrgica.

Contudo, viu a paciente continuar a evoluir no seu útero outro embrião, que chegou ao termo; e no dia 3 de dezembro foi expelido, em parto normal um feto do sexo masculino, com o peso de 4 quilos.

Uma observação complementar: a distensão das paredes abdominais provocada pelo útero gravido acarretou a diastase dos músculos retos e a formação de uma hernia umbilical, mas tudo isso respeitando a cicatriz laparotómica, ao nível da qual nenhum afastamento se deu.

— Eis um caso em que a incipiente de ambas as gestações foi elemento favorável ao diagnóstico da lesão ectópica e ao seu oportuno tratamento; si houvessemos aguardado mais tempo, a evolução da prenhez normal nos teria feito duvidar da existência da ectópica, que seria interpretada como tumor anexial apenas coexistente, cuja remoção seria adiada para após o parto. E então iríamos um dia qualquer assistir quasi certamente à ruptura da trompa grávida (o saco ovular encontrava-se na porção istmica, pouco apta para suportar grande distensão), quiçá com morte da doente, mas certo com grandes padecimentos para ela, e muito provavelmente (embora não de modo absolutamente seguro) com morte do feto colocado topicalmente.

No caso em estudo, a comparação da data do parto (3 de dezembro) com a da referida pela doente como tendo sido a da última menstruação (1.<sup>º</sup> de abril), demonstra que, por ocasião desta a gestação certamente já existia: um feto de 4 quilos não pode ser qualificado de prematuro. Ainda, porém, admitindo que a fecundação tivesse sido posterior ao referido catamenio, e que à data do nosso exame (27 de abril) não houvesse decorrido um mês, ainda assim a ruptura podia ocorrer com precocidade (18), embora mais frequente seja ela entre a 4.<sup>a</sup> e a 12.<sup>a</sup> semanas (4). Aliás, este caso demonstra o quão pre-

cariamente se apóia quem confia, para o diagnóstico de provável gravidez, nas informações sobre ciclos mentruais que a paciente fornece, mesmo nos casos em que ela se acha de boa fé e não falseia as datas.

Cumpre, portanto, em todo o exame ginecológico, ter sempre no espírito a possibilidade gestatória, tanto de implantação normal quanto anormal, e nunca esquecer que mesmo a certeza de prenhez tópica não invalida por completo a possibilidade da coexistência de outra ectópica: não só o caso presente o testifica, mas também exemplos outros semelhantes refere a literatura (9, 12).

Feito o diagnóstico da ecciese, ainda que só de probabilidade, não contar com evolução favorável, embora sejam mais de centena os casos publicados em que tal ocorreu até atingir o término (31), e havendo até mesmo exemplo de, existindo um feto ectópico e outro tópico, este perecer e aquele sobreviver (3). Não contar ainda com a estranha possibilidade de vir o feto ectópico sair pelas vias naturais, seja pela vagina, através duma refração do Douglas (37), seja pelo anus, pela fistulização para o intestino (16). Nem contar ainda com essa expulsão pela própria parede abdominal (23). Nem com a retenção do feto ectópico, enquistado ou petrificado, durante até mais de 50 anos (5), sem até impedir a evolução de outras gestações normais (11). Lembrar ainda a grave possibilidade de fistulização para o intestino delgado, obrigando a sua ressecção parcial (1).

Essas observações são curiosidades clínicas, e não justificam a quem tem a sorte de topar com prenhez extra incipiente integra — portanto no estado ideal para a remoção cirúrgica com o mínimo de riscos — omitir concientemente a intervenção salvadora, expondo a paciente a risco de vida, ou quando menos a sofrimentos evitáveis: a operação precoce é praticamente inofensiva, desde que não haja contraindicações, e “dez laparotomias inuteis são preferíveis a uma única morte por extra-uterina não descoberta” (38).

Quanto ao diagnóstico da prenhez tópica concomitante, ele não é fácil de afirmar, mesmo com o abdome aberto, principalmente em casos incipientes qual o nosso, porém até em casos de gestação mais adiantada (9). Embora o ovo ectópico esteja morto, e isso seja denunciado pela conhecida hemorragia — causa de tantas curetagens inuteis —, ainda assim a prenhez tópica pode continuar a evoluir (12).

Aliás, até em casos de inundações peritoniais, mesmo causadoras de morte, pode não ser clara a origem do sangue deramado (6,15), sendo encontrado hemoperitônio sem ruptura tubária e até na 3.<sup>a</sup> semana da gestação (20), só o exame histológico comprovando o diagnóstico de prenhez com abortamento intra-abdominal.

Problema muito diverso, e que por isso só citamos, é o do diagnóstico da gravidez ectópica avançada, mormente si próxima do termo; as indicações são então diferentes, e não faz parte das nossas cogitações discuti-las.

Ficamos nos casos incipientes, em que as dúvidas diagnósticas nunca podem ser por completo dissipadas, pelo menos no estado atual de nossos conhecimentos. Em casos tais, persistindo a menor incerteza, não nos envergonhemos de voltar ao passado e diagnosticar "operoma": e operemos.

Si tiver havido erro, este se cometerá tendo em vista beneficiar a doente; e a intervenção não a prejudicará, desde que saibamos recuar em tempo, quando a indicação operatória não existir.

A omissão é que pôde ser danosa, e não teria desculpas; além de poder até mesmo ser causa de procedimento judicial, nunca deixa de pelo menos motivar condenação perante o tribunal incorruptível da consciência. Não incorramos em tal falta, e teremos cumprido com o nosso dever.

Endereço: Rua Xavier de Toledo, 141 — São Paulo.

#### R E S U M O :

A propósito dum caso que observou, estuda o A. o diagnóstico diferencial entre a gravidez ectópica íntegra e os tumores anexiais que podem coexistir com uma prenhez normal. Conclue pela impossibilidade de derimir de modo completo as dúvidas, mormente nos casos incipientes; e, como também requerem tratamento cirúrgico quase todas as molestias que em tais casos dão lugar a confusões diagnósticas, opina pela laparotomia exploradora, que quase sempre constitui ao mesmo tempo a terapêutica definitiva do caso. Sendo a operação de importância vital quando o diagnóstico de eciese se confirma, e em geral não causando prejuízos mesmo que ele se infirme, todos os casos duvidosos devem ser submetidos a intervenção, salvo contraindicação absoluta por outros motivos. Na doente em apreço, a extirpação oportuna do ovo ectópico permitiu a evolução até o termo de outro de localização normal, que de outro modo provavelmente se perderia, por ocasião do abortamento tubário.

#### B I B L I O G R A F I A :

1. ABADIE — Grossesse extra-utérine tubaire à terme, puis spontanément ouverte dans l'intestin grêle et digérée; résection intestinale; guérison — Soc. de Chir. de Paris, 15-3-1933.
2. ALBANO (Giovanni) — La diagnosi differenziale della gravidanza extrauterina — Rass. Clin. Scientif., 8:119, de 15-3-1930.  
ALSINA — veja GARCIA.  
AMREICH — veja PEHAM.
3. ARAUJO (Lincoln de) — Um caso de prenhez dupla, topica e ectópica — Bol. da Acad. Nac. de Med., Rio, 97(13):297, de 9-7-1925.  
ARNULF — veja MOLIN.

4. BAR (Paul), BRINDEAU (A.) et CHAMBRELENT (J.) — La pratique de l'art des accouchements — Asselin et Houzeau, Paris, 1914, 2:427.
5. BERNARD (Raymond) — Conduite à tenir en présence d'une rétention de foetus ectopique mort — La Presse Méd., 38:252, de 19-2-1930.
6. BONNEAU (Raymond) — Une inondation péritonéale de cause difficile à préciser: grossesse tubaire invisible et ne saignant pas — ibidem, 35:133, de 29-1-1927.
7. BORCÉA (Mme. Léon) — Un cas de grossesse tubaire bilatérale — Soc. d'Obstér. et de Gynécol. de Paris, 3-6-1935.  
BRINDEAU — veja BAR.
8. CAMARGO (João Pereira de) — Gynecologia Moderna — Edit. Guanabara, Rio, 1941, pg. 155.  
CHAMBRELENT — veja BAR.  
CHUC — veja LAVAU.  
CONDAMIN — veja MOLIN.  
CORRACHAN — veja GARCIA.
9. COTTE — Coexistence d'une grossesse extra-utérine avec une grossesse normale — Soc. de Chir. de Lyon, 14-12-1933.
10. CURTISS (Arthur Hale) — A text-book of gynecology — 3.ª ed., Saunders, 1940, pg. 447.
11. DARDLEY (Ward) — Un cas de grossesse extra-utérine avec foetus à terme toléré pendant 12 ans — British Med. J., n.º 3665, de 4-4-1931 — apud La Presse Méd., 39:666, de 6-5-1931.
12. DARTIGUES — Coexistence d'une grossesse utérine avec une grossesse tubaire — Soc. de Méd. de Paris, 8-4-1932.
13. DEMELIN (L.) — La pratique de l'accoucheur en clientèle — Maloine, Paris, 1929, pg. 265.
14. DEVEZE (L.) — Des ruptures précoce dans l'évolution des grossesses tubaires — Rev. Franç. de Gynécol. et d'Obstétr., fev. 1936 — resumo in Resenha Medica, jan.-fev. 1937, pg. 446.  
DOBKEVITCH — veja MOULONGUET.  
DOMENECH — veja GARCIA.
15. DOR (J.), MOSINGER et PICAUD (A.) — À propos des hémorragies ovariennes coexistant avec la grossesse tubaire — Soc. de Chir. Marseille, 4-3-1935.
16. DOUBRÈRE — Grossesse extra-utérine méconnue; élimination partielle du squelette foetal par l'anus; intervention abdominale; guérison — Soc. Chir. Paris, 4-3-1931.
17. FARRAR (L. K. P.) — Value of leucocyte count as aid to diagnosis in ectopic pregnancy — S. G. O., nov. 1925 (apud VIGNES).
18. GARCIA (M. CORRACHAN) y ALSINA (F. DOMENECH) — Clínica y terapéutica quirúrgicas de urgencia — Labor, 1939, pg. 713.
19. GRIER — Fifty consecutive ectopic pregnancy — Amer. J. of Obst., 18:240, 1929 (apud VIGNES).  
IBAÑEZ — veja PAOLA.
20. ISIDOR (D.) — Note sur deux cas d'hémorragie péritonéale dans la troisième semaine de grossesses tubaires non rompues — Soc. Anat. de Paris, 3-12-1936.
21. KENNEDY (James William) — Practical surgery of the abdominal and pelvic regions — Davis, Philadelphia, 1937, pg. 201.

22. KLAFTEN — Zur Diagnostik der Bauchhohlenschwangerschaft mit Hilfe des Durchlichtungsverfahrens und zur Kenntniss der Histiospektrographie — Ztblt. f. Gynaekol., 1937, pg. 1986 — resumo in Internat. Abst. of Surg., 66:563, junho 1938.
23. LAVAU et NGUYEN-VAN-CHUC — Grossesse abdominale terminée par l'élimination spontanée du foetus par l'abdomen; guérison — Bull. de la Soc. Méd.-Chir. de l'Indochine, 6:282, junho de 1928 — resumo in la Presse Méd., 37:969, de 24-7-1929.
24. LAVELL — The diagnosis of ectopic pregnancy — Amer. J. of Obst., 18:379, 1929 (apud VIGNES).  
LECÈNE — veja MOULONGUET.
25. LECÈNE (P.) et LERICHE (R.) — Thérapeutique chirurgicale — Masson, Paris, 1926, 3:581.  
LERICHE — veja LECÈNE.
26. MAGALHÃES (Fernando de) — Clinica Obstetrica, Novas Lições — Edit. Guanabara, Rio, 1933, pg. 149.
27. MARTIUS (Heinrich) — Operaciones ginecológicas y sus fundamentos anatomotopográficos — trad. espanhola — Labor, 1943, pg. 88.
28. MASSE (L.) — Modifications de la formule sanguine dans la grossesse extra-utérine rompue. Recherches cliniques et expérimentales — Bruxelles Méd., 20:538, 25-2-1940.
29. MOLIN, CONDAMIN (F.) et ARNULF — Tumeur ovarienne végétante bilatérale coexistente avec une grossesse tubaire — Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon, 28-1-1931.
30. MONDOR (H.) — Les diagnostics urgents — abdomen — Masson, 1930, pg. 605.  
MOSINGER — veja DOR.
31. MOULONGUET (P.) et DOBKEVITCH (S.) — Les diagnostics anatomo-cliniques de P. Lecène — II. Appareil génital de la femme — première partie — Masson, 1931, pgs. 87 e 109.  
NGUYEN-VAN-CHUC — veja LAVAU.
32. PAOLA (Guilherme de) e IBÁÑEZ (Aníbal Lemos) — Prenhez tubaria bilateral simultanea — El Dia Medico, ano 8.º, n.º 1, 1936, resumo in Resenha Medica, ag. - set. 1937, pg. 241.  
PARAF — veja PROUST.
33. PEHAM (H.) e AMREICH (J.) — Ginecologia operatoria — trad. brasil., Guanabara, Rio, 1940, 2:478.  
PICAUD — veja DOR.
34. PROUST et PARAF — Remarques sur l'insertion placentaire dans les grossesses tubaires — Soc. d'Obstétr. et de Gynécol. de Paris, 3-12-1934.
35. SCHSKAERT — Um caso de prenhez tubaria bilateral — Bruxelles Méd., 22-4-1925, resumo in Jornal dos Clínicos, Rio, 9:160, 30-5-1928.
36. URDAN — Ectopic pregnancy — Amer. J. of Obstetr., 20:363, 1930 (apud VIGNES).  
VAN-CHUC — veja LAVAU.
37. VAUDESCAL — Évolution invraisemblable d'une grossesse extra-utérine. Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant. Hémorragie profuse de la délivrance entraînant la mort — Bull. de la Soc. de Gynécol. et d'Obstétr. de Paris, 12:785, 1924.
38. VIGNES (Henri) — Diagnostic de la grossesse extra-utérine — La Presse Méd., 41:1427, 13-9-1933.
39. IDEM — Diagnostic biologique de la grossesse extra-utérine — ibidem, 41:1440, 16-9-1933.



MEDICAÇÃO ATUAL DAS

**INFECÇÕES ESTAFILOCÓCICAS**

a THIAZAMIDA é também, pela sua grande polivalência, caracterizada por ação pronta e segura, de indicação imprescindível no tratamento de

Gonococcias - Pneumococcias - Meningococcias  
Septicemias - Peste

Infeções das vias urinárias - Moléstia de Nicolas-Favre  
Infeções por colibacilos - Escarlatina - Disenteria bacilar



# THIAZAMIDA

CORRESPONDÊNCIA: C. POSTAL 95-B - S. PAULO

## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

SESSAO DE 15 DE MAIO

Presidente: Prof. Carlos Gama

**Radioterapia na guerra.** — Dr. C. Campos Pagliuchi — O autor feceu preliminarmente alguns comentários sobre a ação dos raio X, nas infecções. Em seguida, referiu-se às vantagens obtidas pelo emprego da radioterapia no campo militar, principalmente em operações de guerra. Citou as três entidades morbidas mais frequentes na mesma: Gangrena, gasosa, peritonite e pneumonia e os bons efeitos obtidos com o auxilio dos raios de Roentgen. Sugeriu mesmo à exemplo do que já se faz em outros países, a criação no Exército Nacional de serviços ambulantes de roentgenterapia.

Comentários: O trabalho foi comentado pelo sr. Roxo Nobre, que lembrou outras aplicações da radioterapia em campanhas, como: nas hemorragias do braço e dos

ossos longos, na anúria tromboflebitas, erisipelas, etc. O sr. presidente completou as observações, lembrando a aplicação dos raio X no sistema nervoso, principalmente nos traumatismos crânio-cefálicos.

A seguir o sr. C. Campos Pagliuchi, agradeceu os comentários, dizendo que considerou apenas as três entidades: pneumonia, gangrena gasosa e peritonite, por serem as que oferecem maior mortalidade.

**Gastrectomia Total (Considerações sobre três casos).** — Dr. José Maria de Freitas e Cassio Monte negro. — Os AA. relataram com minucia observações de três casos pessoais, com excelente documentação radiológica, fotográfica e anátomo-patológica. Lembraram que nos dois últimos anos, os re-



Laboratorio de HORMOTHERAPIA

Alché

ESCRITORIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462

### Hormostrichnino Masculino

Solução de 0,001 miligrâma de sulfato de stricnina em 1 c.c. de Sôro Hormônico Masculino.

*Indicado nas astenias e nas fraquezas medulares, esgotamento nervoso, fadiga intelectual, etc.*

DOSSES: UMA EMPOLA DIARIAMENTE OU EM DIAS ALTERNADOS

### Hormostrichnino Feminino

Solução de 0,001 miligrâma de sulfato de stricnina em 1 c.c. de Sôro Hormônico Feminino.

sultados operatórios, têm sido bons e a fase pioneira de incertezas já foi ultrapassada.

A mortalidade operatória muito elevada dos anos anteriores não deve ser espantalho, para este tipo de cirurgia, pois, constitui o tributo natural da penetração em novos campos cirúrgicos. Também na gastrectomia parcial por câncer, nos primeiros cinco lustros de sua utilização a mortalidade operatória atingiu 35 a 80 % dos casos: hoje entretanto está reduzida a 2%.

**Comentários:** Comentou o trabalho o sr. Geraldo Vicente de Azevedo, dizendo que o sr. Arnaldo Vieira de Carvalho já em 1920

operava uma paciente — Gastrectomia total — com êxito. A seguir faz ainda o sr. Roxo Nobre algumas observações.

**Noções elementares sobre a cirurgia plástica da mão.** — Dr. Rebele Neto. — O A. Enumerou as noções gerais que presidem à cirurgia da mão, tais como: os meios de diagnóstico das lesões, o preparo pré-operatório, anestesia tática cirúrgica e cuidados post-operatórios. Abordou o exame de várias espécies de malformações congênitas, documentadas com grande número de fotografias de seu arquivo. O trabalho é publicado integralmente no presente número.

## Associação Paulista de Medicina

### SECÇÃO DE HIGIENE, MOLÉSTIAS TROPICAS E INFECIOSAS, EM 4 DE SETEMBRO

**Presidente:** Dr. Mauro Pereira Barreto

**Sobre um flebotomo da Guiana Francesa ("Diptera, psychodidae")** — Dr. Mauro Pereira Barreto — O A., baseado em material colecionado pelo dr. H. Floch na Guiana Francesa, redescrve "P. baduelensis" Gloch, 1941, elevando-o a categoria de espécie.

**Sobre a criação do A. Argyritarsis em condições experimentais** — Drs. A. L. Airosa Galvão, Renato Corrêa e Silvio J. Grieco. — Os AA. conseguiram criar o "A. argyritarsis" em laboratório, a partir de ovos postos por uma fêmea capturada em Luis Barreto, S. P. As larvas dêles saídos, foram criadas com muita facilidade em infusão de trigo amadurecida, durante a fase larval 12 dias. De-las foram obtidos 92% de pupas, todas elas dando adultos. Os alados foram colocados em uma gaiola de musseline de 35 x 35 x 45 cms. contendo placas de Petri com uma solução de glicose a 10% e mel de abelha; tanto os machos

com as fêmeas se alimentavam com estas substâncias. As fêmeas eram alimentadas diariamente com sangue de cobraia e sangue humano. O meio ambiente era mantido a 22-25° c. e 90-98% de umidade. Os primeiros ovos, produzidos do acasalamento nestas condições, foram postos 12 dias após a eclosão dos primeiros pupos da geração inicial. Delas saíram larvas bastante robustas que já deram adultos que estão prosseguindo a colônia em início.

Os autores ressaltam que estes trabalhos estão sendo realizados sob os auspícios dos Fundos Universitários de Pesquisas para Defesa Nacional.

**Chave para a determinação dos nyssorhynchus do Brasil ("Diptera culicidae").** — Dr. A. L. Airosa Galvão. — O A., considerando os numerosos estudos sobre anofelinos do sub-gênero "Nyssorhynchus" publicados ultimamente, o que veio tornar muito difícil o tra-

balho dos malariologistas não especializados em entomologia, confeccionou uma chave para a determinação dos adultos, da terminália dos machos e larvas das espécies deste grupo no Brasil. A chave é ilustrada com gravuras que lucidam cada um dos seus itens e é precedida de uma explicação das diferentes estruturas de importância na classificação destas espécies.

**Comentários** — Dr. Renato R. Corrêa. — Quero apenas salientar

o grande interesse do presente trabalho do dr. Airosa Galvão. Seria de grande auxílio para os malariologistas, que o dr. Airosa estendesse a sua chave para abranger todos os "Nyssorrhyncus" da Região Neotropical.

Dr. Mauro Pereira Barreto. — Faço minhas as palavras do dr. Corrêa, no sentido de que o dr. Airosa complete a sua chave.

Dr. Airosa Galvão. — Agradece os comentários feitos.

### SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, EM 19 DE JULHO

**Presidente:** Dr. André Teixeira Lima

**O eletroencefalograma em neuro-psiquiatria — Valor diagnóstico e indicações clínicas.** — Dr. Aníbal Silveira. — O A. apresenta preliminarmente os princípios gerais relativos ao registro da atividade elétrica do cérebro. Deixa de parte os dados teóricos, que não interessariam, bem como o histórico da questão, porque já o focalizou em outro trabalho. Menciona a disposição dos elétrodos no couro cabeludo, o sistema seletor usado para localizar as lesões do córtex acessíveis ao registro elétrico, a disposição e a alta sensibilidade dos elementos de ampliação, da ordem de 10 milhões de vezes, finalmente o mecanismo inscrito. Salienta que este preenche a todas as condições necessárias de precisão, sensibilidade e aferibilidade, que o tornam utilizável em clínica, e mesmo na experimentação. Expõe as condições padrão em que o traçado deve ser efetuado.

Passa em revista os vários tipos de onda do espectro cortical humano, descrevendo a maneira como se entrelaçam no traçado "normal". Indica os caracteres de freqüência, duração e amplitude das ondas de repouso ou "alfa", das de atividade provocada ou "beta" e mostra como o "ritmo de Berger" fornece os elementos de classificação do traçado normal. Projetou exemplares de traçados bio-

elétricos humanos normais, um de cada tipo, depois fragmentos que documentam o efeito inibidor do trabalho sensorial ou intelectual sobre as ondas alfa". Exemplifica a seguir os ritmos patológicos de 6 ciclos por segundo, o ritmo "delta" de Walter a 3 por segundo, as ondas também patológicas denominadas "ponta e abóbada" e "serpilhadas"; e, no extremo rápido o ritmo "gama" de Jasper entre 35 e 50 por segundo, depois os surtos evidenciados por Gibbs na "convulsão maior".

A interpretação dos traçados exige tirocinio e adoção de critério clínico rigoroso. Detém-se apenas nos três sistemas mais difundidos atualmente: o de Jasper, que abrange "anormalidade unilateral localizada", "assincronia entre áreas homólogas", "difusão de anormalidade, não localizável", "ausência de caracteres patológicos"; o dos Gibbs, que estabeleceram objetivamente mediante o princípio matemático de Fourier — o chamado espetro da freqüência cortical: faixa lenta, de 1 a 8 ciclos, faixa média de 8 a 12 e rápida de 12 a 40; finalmente o dos Davis, cuja escala de 5 pontos considera a freqüência, a voltagem e a estabilidade, variando entre a faixa normal média ou rápida, a intermédia em que se misturam todos os tipos de freqüência, e as

francamente patológicas onde aparece a disritmia, quer dominante, quer episódica. A interpretação do traçado representa a operação talvez mais delicada da eletroencefalografia, atualmente.

Saliente que traçados eletroencefalográficos do mesmo indivíduo, tomados em várias épocas mas em condições padrão exatas, podem superpor-se: existem assim como que fórmulas bioelétricas individuais. Depois recorda as principais condições em que se alteram tais fórmulas sem a interferência da patologia propriamente: o sono normal, a anestesia de atuação principal sobre o cortex, a hipoglicemia acentuada, provocam aumento de amplitude e de duração nas ondas, apagando o ritmo "alfa"; a excitação sensorial, o trabalho mental, a fadiga, inibem de modo menos acentuado esse ritmo; o aumento da pressão endocraniana, a inalação acentuada de azoto, conduzem ao desaparecimento do potencial bioelétrico, ao passo que o óxido de carbono, certos alcaloides como a estricnina, intensificam o ritmo ocasionando distorções na acepção dos Gibbs.

Quanto às indicações que o eletroencefalograma fornece no domínio das doenças do sistema nervoso, o autor faz distinção entre três campos mais ou menos definidos. Nas doenças mentais propriamente e nas psiconeuroses as indicações ainda são imprecisas devido à interferência de numerosos fatores, que exigem cuidado: condições bioquímicas ocasionais, componentes heredológicos, entre outros; julga porém ser de maior interesse o diagnóstico diferencial — que pode ser decisivo — entre alterações "orgânicas" assim chamadas e alterações pitiáticas. Em outros dois campos o estudo do traçado bioelétrico é de importância fundamental: os quadros neuropsiquiátricos de "localização" e os distúrbios convulsivos. No primeiro caso, o dos quadros, que podem exigir intervenção cirúrgica, tal recurso chega a suplantar o da pneumografia; lesões corticais dis-

cretas, tumores destrutivos antes que compressores, aderências meningoencefálicas limitadas, estão nesse rol; focos hemorrágicos, esclerose em placas, alterações focais atróficas e vasculares, podem ser também revelados mediante tal processo. Nos quadros convulsivos, porém, é que o estudo do eletroencefalograma apresenta os dados mais interessantes, principalmente para a profilaxia eugênica. Tal estudo completa ai da maneira mais cabal e eficiente as pesquisas heredológicas. Resume os achados hoje indiscutíveis relativos à "epilepsia genuina", às convulsões sintomáticas e finalmente à existência de "comiciais" em latência. Este aspecto será particularizado em outro estudo, em que procura mostrar uma causa interessante de êrro: a que advém de incidirem, por vezes, fatos móbidos ocasionais, sintomáticos, em pacientes que traziam consigo taras heredológicas. Finalmente, como campo complementar em que encontram indicação as pesquisas eletroencefalográficas focaliza os estudos procedidos no decurso da malarioterapia, dos tratamentos anticonvulsivantes, dos métodos de choque tais o de Sakel, o de Meduna, o de Cerletti.

**Evolução da personalidade e as manifestações psicóticas endógenas** — Mário Yahn. — (O trabalho se acha publicado na íntegra na Revista Paulista de Medicina, veja págs. 209-215).

**Comentários:** Dr. Joi Arruda. — Desejo apenas salientar a importância do trabalho que acaba de nos ser apresentado. O presente estudo vem salientar a importância desta questão perante a Higiene Mental, no que diz respeito à profilaxia das moléstias mentais. Há cerca de 20 ou 30 anos é que os psiquiatras começaram a se interessar sobre qual a causa das doenças mentais, tendo notado, então, que grande número destas doenças, nada mais são do que desajustes psíquicos que vieram

evoluindo desde a infância até a idade adulta. Estes desajustes se manifestam sob os mais diversos tipos, ora se manifestando sob a forma de um comportamento irregular na sociedade, ora pela falta de aproveitamento na escola e, por fim, pela própria doença mental, como um produto final de um desajuste. Considera-se mesmo a infância como a época de ouro para a realização da profilaxia das moléstias mentais. Atualmente a criança é considerada sob este ponto de vista, procurando o especialista adaptá-la aos ambientes, evitando assim estes conflitos freqüentes, evitando assim que estes desajustes venham a atingir a sua etapa final, que seria a esquizofrenia, uma pcisoce endógena, etc. Temos visto na Clínica Escolar Infantil casos muito semelhantes. Crianças muito novas, de 10 a 11 anos de idade, que já apresentam uma esquizoidia nítida, dando a impressão de que estão muito próximas da esquizofrenia, podendo-se mesmo dizer, no limiar entre o normal e o patológico, e que, uma vez adatada socialmente, esta esquizoidia regide. Pelo menos é a impressão que nos ficou. Portanto eu vejo no trabalho do sr. Yahn sobre a evolução da personalidade, um trabalho de grande valor e que tem um grande interesse para nós, que nos dedicamos a esta questão de higiene mental.

Dr. Paulo Lentino. — O dr. Yahn, em seu belo trabalho, defende de maneira bastante original, a responsabilidade da esquizofrenia. De fato, esta síntese causa uma certa espécie para quem estuda psiquiatria, principalmente neste englobamento do conceito de esquizofrenia propriamente dita, da parafrenia e da paranoia. Geralmente, os quadros não são tão semelhantes assim para permitir esta aproximação que lança no seu conceito. Mas, o dr. Yahn, nos mostrou claramente, porquê teria emitido o seu conceito. De fato, considerando-se o fator idade, vê-se que há uma sequência entre os

diversos quadros e as diversas formas de esquizofrenia. Esta seqüência seria interessante de ser estudada, pois as mesmas causas determinam efeitos muito mais graves em idades mais recentes, que em idade adulta, em virtude de uma menor resistência da personalidade naquela idade. Também o fator temperamento é importante na incidência das moléstias mentais. Nas personalidades defensivas, os quadros aparecem mais tarde e sobreviria mais freqüentemente a paranoia e outras formas dependentes da defesa mental. Assim, geralmente se sabe que a paranoia e a esquizofrenia incidem em indivíduos bastante inteligentes, com uma personalidade bem definida. Portanto todas são moléstias qualitativas, que deformam a personalidade. O dr. Yahn defendeu esta tese de maneira muito clara e convincente, como sempre, e parece que consegui demonstrar bem a idéia de sob ponto de vista pessoal e original. Felicitamo-lo por isso.

Dr. André Teixeira Lima. — Inicialmente quero fazer minhas, as palavras dos colegas que me antecederam, especialmente no ponto em que eles assinalam o interesse do trabalho apresentado, que nos demonstrou bem o espírito do autor, já amadurecido nos problemas da especialidade, espírito de quem já não age pela simples repetição de quem ouve ou quem lê, mas de quem já tem experiência, e estudo para tirar uma idéia própria desses problemas. No entanto, do meu ponto de vista particular, faria uma crítica ao título do trabalho, que não me parece ser muito feliz, porquanto não dá bem idéia daquilo que acaba de ser exposto. Quer me parecer que o título melhor seria o seguinte: "Evolução da personalidade, como fator do tipo e do aparecimento das moléstias mentais endógenas.

Dr. Mário Yahn. — Antes de mais nada, agradeço aos colegas, os seus comentários.

O dr. Arruda aplicou a sua experiência, e trouxe-nos alguns ensinamentos, que devem ser ajuntados aos tópicos fundamentais deste trabalho.

Ao dr. Lentino agradeço o comentário que fez, bastante judicioso; queremos entretanto chamar a sua atenção para o fato de que o nosso trabalho visava apenas tratar das idades em relação

às diversas moléstias. Não obstante, o seu comentário é um comentário lógico e que pode ser acrescido ao trabalho.

Ao dr. André Teixeira Lima, eu devo confessar que tive bastante dificuldade para encontrar um título para este trabalho, e portanto, até certo ponto, os seus comentários devem ser bem recebidos neste particular.

### SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, EM 5 DE AGOSTO

Presidente: Dr. André Teixeira Lima

**Paquimeningite cervical hemorrágica com aracnoidite cística.** — (Tratamento cirúrgico). — Drs. Carlos Gama, Lamartine de Assis e V. Arruda Zamith. — Os AA. apresentam um caso de compressão medular alta em que houve discordância entre o exame clínico-neurológico e a mielografia descendente. Com efeito, a clínica localizou o bloqueio na medula cervical e dorsal superior, entre C5 e T6, enquanto o lipiodol descendente parou em C3. Foi feita a laminectomia baixa, entre T1 e T6, a qual nada revelou de anormal, estando permeável o canal raqueano para baixo e para cima dos limites do campo operatório. Nova intervenção feita 5 meses depois, agora entre C3 e C5, mostrou a existência de uma paquimeningite hemorrágica com aracnodiite e grande ciste que retinha o lipiodol. A discordância entre o quadro clínico e a sede do bloqueio raquimenter, demonstrada pela mielografia, constituiu o fato mais interessante da observação, por isso que condicionou um êrro de ordem tático-cirúrgica, o qual obrigou a uma segunda intervenção (laminectomia). Outro fato interessante, do ponto de vista prático, foi a cura completa do paciente, após a segunda intervenção, uma vez que se tratava de uma paraplegia grave, com paralisia total, datando de mais de 5 meses.

Comentários: Dr. Osvaldo Lange. — Não venho discutir o caso,

uma vez que já tivemos ocasião de examiná-lo na enfermaria, mas apenas fazer uma adenda. Assim, foi dito que o exame de "líquor" demonstrou uma reação de Wassermann negativa e, por isso os AA. excluíram a sífilis como agente etiológico do processo. Isto dito assim, fica um pouco formal, porque existem muitos casos em que o exame do "líquor" foi negativo, e o exame anatômico-patológico veio demonstrar uma paquimeningite luética. Era apenas este fato que eu queria referir.

Dr. Celso Pereira da Silva. — Apenas quero lembrar ao dr. Lamartine de Assis que havia ainda mais um recurso para a verificação do nível inferior da lesão, o que poderia ser conseguido com o emprego do lipiodol ascendente.

Dr. Paulo Pinto Pupo. — O caso que acabamos de ouvir é bastante interessante, principalmente sob o ponto de vista da apreciação do diagnóstico. Da exposição do dr. Lamartine de Assis, destacou-se a questão da interpretação que foi dada pelo AA. do que havia dentro do canal raqueano, comprimindo a coluna dorsal e produzindo o síndrome clínico em questão. A mim entretanto, não ficou bem clara qual era a causa compressora, pois havia uma paquimeningite, mas não havia obstrução do canal, pelo menos cirúrgicamente. Quanto ao seu êrro, segundo os AA. comentaram, por se terem apegado muito aos dados clínicos,

trata-se de um erro que não devia ser feito, pois na prática, não se pode fazer o raciocínio de que um dado exclue o outro, pois o elemento clínico e o resultado da mielografia se completam e não se excluem. No presente caso, o que se pode dizer, é que se tratava de um bloqueio extenso desde a medula cervical até à medula torácica.

Desejo ainda perguntar porque o dr. Lamartine de Assis chama a prova de perimielográfica aos invés de denominá-la de mielografia o que seria suficiente, uma vez que não existe uma endomielografia.

**Dr. J. Lamartine de Assis.** — Respondendo ao dr. Lange, recorde-me de ter dito que o exame do "líquor" em que as reações serológicas tinham sido negativas, eu apenas havia afastado no momento o raciocínio clínico de tal possibilidade. Em segundo lugar, o afastamento do raciocínio clínico naquele momento, não tinha descabimento de ordem terapêutica, uma vez que as gomas sifilíticas têm uma indicação cirúrgica.

O dr. Celso lembrou a eventualidade diagnóstica do lipiodol ascendente. Dificuldades de ordem material, não nos possibilitaram este processo. Cremos que isto poderia ter evitado o nosso erro tático cirúrgico.

Ao dr. Pupo, quanto à questão da compressão da medula dorsal alta, de fato, o quadro neurológico neste caso é muito mais nítido do que a compressão da medula cervical. Aliás, no serviço este fato suscitou muita discussão. Uma das eventualidades lembradas foi a de um bastão siringomielico aí localizado; outra eventualidade foi a de se tratar de uma paquimeninrite cervical hipertófica, com um espessamento bastante acentuado. No entanto, a primeira laminecto-

mia não revelou alteração alguma para o lado das meninges e da medula e as sondagens feitas acima e abaixo, demonstraram que o canal estava perfeitamente permeável. Quanto a questão da perimielografia, foi a denominação proposta por um de nós. Eu, pessoalmente, costumo chamar este processo de mielografia pois não há ainda a possibilidade de uma radiografia endomiélica. Entretanto, aquela denominação é bastante usada por alguns autores.

**O reflexo foto-motor em patologia nervosa.** — Dr. J. Cândido da Silva. — O A. faz um resumo histórico do reflexo foto-motor, destacando os neurologistas que primeiro o estudaram. Em seguida, fala sobre o aspecto geral das alterações do reflexo, procurando diferenciar o sinal de Argyl clássico das demais perturbações pupilares concernentes à reação luminosa. Demonstra que essa diferenciação deve ser feita, afim de não prejudicar o valor semiológico do sinal de Argyl que está ligado à neuro-lues parenquimatosa, ao passo que as outras alterações são observadas na neuro-lues mesenquimal e também fora da lues, como na encefalite epidêmica, pupilotonia, esclerose em placas, tumores cerebrais, traumatismos cranianos, etc. Acentua que o Argyl é sinal raro, enquanto as outras perturbações atingem a grande frequência (90% na paralisia geral). De acordo com os AA. anglo-saxônicos, só considera sinal de Argyl, as dissociações das reações pupilares acompanhadas de mióse bi-lateral. Termina pela apresentação do esquema atual das vias do reflexo luminoso (BEHR), mostrando o novo entrecruzamento das fibras aferentes na região pré-tetal.

# Hexamyo

- IODETO  
EM GOTAS

## SECÇÃO DE NEUROPSIQUEIATRIA, EM 9 DE SETEMBRO

Presidente: Dr. André Teixeira Lima

Aberta a sessão pelo sr. Presidente, pediu a palavra o dr. Paulo Pinto Pupo, que propôs fôsse consignado em ata o voto de louvor ao dr. Carlos Gama, pelo brilho com que se houve no recente concurso para a cátedra de Neurologia da Faculdade de Medicina da Bahia, no qual conquistou o título de professor da referida cadeira.

O sr. presidente não só aprovou esta proposta, como também propôs, que o dr. Carlos Gama fôsse recebido oficialmente em uma das próximas sessões, na sua nova qualidade de professor.

Estas propostas foram toda aprovadas unanimemente pela Casa.

**Primeiros ensaios com a prata coloidal intraraqueana no tratamento da epilepsia.** — Dr. José Bottiglieri. — O A. faz inicialmente algumas considerações sobre as substâncias até agora usadas por via raqueana na epilepsia e relata suas observações sobre os primeiros casos tratados com injeções de prata coloidal por via raquena baixa. Tratou 11 doentes todas do sexo feminino, internadas no Hospital de Juqueri. Usou uma ou duas injeções por semana, num total que variou de 7 a 25 injeções para cada doente, continuando com o uso do gardenal. Desses 11, duas pioraram, duas não sofreram modificações na frequência das crises e 7 melhoraram, respectivamente: 20%, 60%, 62%, 64%, 70%, 79% e 95%, em relação ao período anterior ao tratamento. Duas delas continuaram com a melhora após o tratamento, duas acabaram recentemente o tratamento e nas 3 restantes, a frequência das crises voltou a ser a mesma verificada antes do tratamento após a terminação das injeções.

**Comentários:** — Dr. Francisco Tancredi. — Ouvimos com bastante interesse a comunicação do dr. Bottiglieri, visto tratar de as-

sunto para o qual a nossa atenção está voltada, há muito tempo. Apenas tivemos certa dificuldade em aprender quais os motivos que levaram o A. a essa experimentação terapêutica, pois que a argen-toterapia intraraqueana, age apenas provocando uma meningite aseptica transitória.

O A. nos relatou que as melhorias se fizeram sentir nos seus casos, e que em alguns deles, estas melhorias se prolongaram por cerca de um mês. Ficamos em dúvida, também, sobre se não se tratariam apenas de remissões, periódicas no aparecimento das crises ou se seria então uma sensibilização ao anticonvulsivante barbitúrico cuja administração não foi suspensa. Também estabeleceu-se outra dúvida na apreciação dos resultados, porque houve um aumento da dose, de luminal, e além disso as conclusões não são muito explícitas em afirmar se este tratamento é realmente eficiente ou não. Portanto, não sabemos se ao concluir o seu trabalho o A. recomenda esta terapêutica como uma rotina que merece ser seguida, ou se o o trabalho se resume em um relatório apenas de experimentações.

A casuística do A. é também muito pequena, e assim sendo, é muito mais difícil o controle. Hoje nós sabemos que os tratamentos anticonvulsivantes, mesmo os meramente sintomáticos, estão sujeitos a um controle muito severo pela eletroencefalografia, que ainda não é usada rotineiramente entre nós; e portanto não temos ainda meios de julgar seguramente e com orientação científica, os efeitos de tais tratamentos.

Outro ponto obscuro, é o saber-se quais os tipos de doentes que foram tratados. Tratavam-se apenas de casos de epilepsia idiopática ou foram também tratados doentes que apresentavam processos focais ou gerais como determinan-

tes dos acessos. Esta questão é bastante importante, porque se tal foi tentado apenas nas epilepsias idiopáticas, seria mais um recurso a tentar numa doença cujo tratamento até hoje se resume na privação de sintomas. Não cremos entretanto que os casos do dr. Bottiglieri fossem de epilepsia idiopática. No presente trabalho, este ponto ficou obscuro, o que pode dar margem a certas considerações não exatamente certas por parte dos colegas presentes; portanto, peço ao A. que traga algum esclarecimento a respeito.

Dr. Paulo Pinto Pupo. — Quero felicitar vivamente o dr. Bottiglieri, por trazer a esta Casa, resultados relativos ao seu trabalho no afan de procurar meios terapêuticos sintomáticos da epilepsia, terreno em que estamos muito pouco armados. Trata-se de uma experimentação inteiramente nova e não em absoluto destinada de interesse, mas que, pelo contrário, que dá margem a uma pesquisa maior, baseada em um número de casos maior. Talvez pudéssemos explicar os resultados obtidos pelo A. — de remissões temporárias no número de ataques partindo do conceito de que todos os fenômenos sintomáticos da epilepsia são consequência de uma descarga do sistema nervoso. Assim sendo, um agente de choque como este, facilitaria a descarga da energia, acumulada e com isso estaria explicada a existência de um tempo relativamente grande sem que nova crise convulsiva aparecesse. Baseados nesta hipótese e sobre ela procurando um agente terapêutico, já iniciamos com o dr. Yahn e com o dr. Mariz o tratamento de epilépticos que tinham grande número de crises, pelo cardiazol e pelo electrochoque com o fim de provocar uma descarga dessa natureza e prevenir a eclosão das crises. São estudos que estão ainda em andamento, em Juqueri e portanto os resultados até agora obtidos, são ainda insuficientes, mas de qualquer modo muito interes-

santes, concordando com o que relata o presente trabalho.

Dr. Orestes Barini. — Lembro ao A. que o material humano, escoolido, epilépticos de longa data e com crises repetidas, falseiam em parte a avaliação do resultado terapêutico, pois é muito provável, devido ao grande número de crises convulsivas, a existência de lesões orgânicas epileptogênicas (tal como o foram demonstradas em recente trabalho apresentado a esta Secção), que não devem ser mais influenciáveis por tratamento medicamentoso. De modo que é possível que os resultados tenham sido influenciados para pior, sendo desejável que tal trabalho tivesse sido realizado em doentes menos graves.

Dr. José Bottiglieri. — Agradeço aos colegas os comentários que fizeram em torno do meu trabalho. Respondendo ao dr. Tancredi, devo dizer, que para a realização deste trabalho, escolhi as doentes em piores condições, e a única doente em que se positivou o diagnóstico, foi a que faleceu de cisticercose cerebral. Todos os outros casos eram chamados de epilepsia essencial, pois em nenhum deles havia antecedentes familiares e os exames clínicos e complementares nada apuraram que esclarecesse a etiologia da afecção. Quanto ao fundamento do trabalho, se sempre se tivesse o cuidado de realizar um tratamento baseado em fundamento rigorosamente científico, não se teria feito nada até hoje em matéria de epilepsia. Todos os tratamentos, com êxito ou não, foram baseados em hóspedes mais ou menos viáveis que foram confirmadas ou infirmadas pela prática. Portanto, não posso concordar em que o meu tratamento seja falho em suas bases.

Ao dr. Pupo, agradeço as suas palavras gentis e amigas.

Ao dr. Barini, em parte a sua observação é procedente. Mas, se escolhi para meus casos os doentes em estado mais adiantado, foi para não haver dúvida quanto

ao diagnóstico, e para tornar mais fácil e rigoroso o controle terapêutico.

**Diagnóstico de tumor da fossa craniana posterior por punção de ciste na cisterna magna.** — Drs. Carlos Gama e J. M. Taques Bitencourt. — Nos tumores da fossa craniana posterior, principalmente nos tumores hemangioblasticos é muito frequente a existência de ciste, assim como é comum encontrar-se aracnoidite cística peritumoral, a ponto de ser regra cirúrgica a pesquisa cuidadosa da neoplasia quando, no ato operatório, se encontram cistes aracnoides. Decorre desses fatos o grande interesse diagnóstico de se evidenciar a existência desses cistos. A punção sub-occipital pode, por penetração eventual da agulha nessas cistes e a retirada do seu conteúdo, provar a presença dos mesmos na cisterna magna e, assim fornecer um dado de grande valia para o diagnóstico dos tumores da fossa craniana posterior. Nos casos típicos, em que a sintomatologia clínica é característica, o diagnóstico é fácil; nos casos atípicos, porém, o dado fornecido pela punção esclarecerá ou confirmará um diagnóstico.

Foi o que ocorreu nos dois casos relatados. O primeiro apresentava um síndrome hipertensivo intra-craniano típico, porém os sinais de localização eram muito frustos — inicio súbito de sintomatologia hipertensiva, precocidade do aparecimento de vômitos e regidez de nuca. O segundo, com uma sintomatologia muito oscilante pela ação benéfica da radioterapia profunda, apresentava sinais de localização na região hipofisária, ao mesmo tempo que outros sinais indicavam a localização na fossa craniana posterior. A punção sub-occipital forneceu, nos dois casos, elementos de maior valor diagnóstico, pela punção causal de ciste localizada na cisterna magna. O exame dos líquidos — o líquido cístico e o líquido céfalo-raqueano — mostrando sua diferença: dissociação albumino-cito-

lógica no líquido cístico, com 22 grs. por litro num caso e 8 grs. por litro no outro, provou que se tratava mesmo de um líquido cístico e que não estavam os dois fluidos num mesmo recipiente. A ventriculografia e o ato cirúrgico positivaram, nos dois casos, o raciocínio clínico.

**Comentários:** Dr. Osvaldo Lange. — No primeiro caso, é possível que a punção, encontrando um líquido cístico, não tivesse muita importância, por quanto, depois desse achado foi feita uma ventriculografia, que demonstrou a localização do tumor. Mas no outro caso relatado esta regra não foi seguida resultando um êrro de localização, com prejuízo da intervenção cirúrgica. Aliás este caso, já havia sido visto há 10 anos atrás no Serviço do prof. Vampré, que o diagnosticou como tumor cerebral. O doente havia tirado uma radiografia simples, que demonstrava uma certa destruição da sela turca levando a pensar em tumor hipofisário. Foram feitas irradiações e o doente teve melhorias. em 1940, o doente voltou novamente com uma sintomatologia hipertensiva em crises, completamente amaurótico, tendo já corrido vários hospitais, onde sempre lhe foi diagnosticado: tumor cerebral. Com aplicações de radioterapia, o doente sempre melhorava e a dor acalmava. Este doente ao exame neurológico não apresentava nada mais do que uma perturbação da sinergia muscular. Pensou-se em cerebelo e fossa craniana, mas como houvesse um precedente de localização na fossa média, nada de positivo foi firmado. Ao fazermos a punção lombar, surgiu um líquido limpo e incolor. Isto vinha confirmar que a punção sub-occipital que forneceu um líquido fortemente xantocromico, havia atingido uma ciste. Propusemos ao doente uma intervenção cirúrgica, mas o doente se negou a mesma e pediu alta. Mais tarde soubemos por outro colega que o doente havia sido internado em outro hospital, onde foi fei-

ta uma ventriculografia, tendo este exame demonstrado a existência de um tumor na região hipofisária. Foi realizada uma craniotomia, mas o doente morreu uma a duas horas depois da intervenção. A autópsia demonstrou que se tratava de um tumor localizado na fossa craniana posterior, com uma ciste na cisterna magna.

Dr. Paulo Pinto Pupo. — É muito interessante esta comunicação que vem demonstrar mais um dado interessante que pode fornecer a punção occipital, no sentido de se fazer o diagnóstico dos tumores da fossa cerebral posterior. Raciocinando com os dados do trabalho e com o comentário do dr. Lange, podemos dizer também que a punção sózinha, neste caso, tem um valor muito grande. Ficou com o presente trabalho e documentação, que este achado isolado já possibilita o diagnóstico de tumor da fossa posterior do crâneo.

Dr. J. M. Taques Bittencourt. — Agradeço ao dr. Lange e ao dr. Pupo a sua contribuição.

**Contribuição para o estudo da sudorese.** — Apresentação de um caso de anidrose unilateral. — Dr. Carlos Vergílio Savoy. — O A. a propósito de um caso de anidrose unilateral, principalmente da face, pescoço e ombros tece comentários dos testes da pilocarpina e calor. Notou que, no caso em apreço, a falta de sudorese era observada apenas no teste calórico; ao passo que pela prova da pilocarpina a sudorese se fazia normalmente, o mesmo acontecendo com

a sudorese emocional. Refere que, de uma maneira geral, os autores desprezam o teste da sudorese emotiva apesar de ser ela de grande valia. Dada a discordância entre a sudorese calórica e a emocional, ambas de origem central, o A. aventa a hipótese de que o comprometimento das vias sudoríparas deveria estar localizado entre o diencéfalo e a protuberância ou então no próprio centro termoregulador. Além do distúrbio da sudorese o paciente em questão nada mais apresentava digno de nota.

**Comentários:** Prof. Aderbal Tolosa. — O presente trabalho do dr. Savoy, é um trabalho que não pode ser discutido, pois é um terreno um pouco difícil de ser acompanhado na exposição do A., e abordando ainda um problema contraditório emovediço. Apenas queremos tocar em alguns pontos na presente observação, que por sinal está muito bem feita: a primeira questão interessante, é a questão da sudorese emocional, que é um fato extensivo que deveria ser estudado junto a outros fenômenos simpáticos, como a questão da vaso motricidade e da horripilação. Outro ponto interessante que eu sugeriria ao dr. Savoy, é a consideração a respeito da viabilidade de ser a via medular a via deste influxo.

Dr. Carlos Vergílio Savoy. — Agradeço as palavras do prof. Tolosa, e procurarei posteriormente esclarecer aqueles pontos por ele aventados.

## EGOTUSSANO - Específico da coqueluche

# TRANSPULMIN



## SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFIROGRAFIA, EM 11 DE SETEMBRO

Aberta a sessão pelo sr. Presidente, este propôs votos de pesar pelo falecimento de D. José Gaspar de Affonseca e Silva e do dr. Casper Libero, devendo esta resolução ser comunicada às famílias enlutadas, à Cúria Metropolitana e à "Gazeta".

**A diatermogel em dermatologia**  
(Nota prévia) — Dr. Afonso Bianco. — (O trabalho se acha publi-

Presidente: Dr. João Paulo Vieira  
cado na íntegra na Revista Paulista de Medicina. Veja págs. 216-218, XXIV).

**Algumas dermatoses inestéticas e seu tratamento.** (Nas grandes indicações da fisioterapia aplicada em dermatologia) — Dr. João Paulo Vieira. — (O trabalho se acha publicado na íntegra na Revista Paulista de Medicina. Veja págs. 231-234, XXIV).

## SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFIROGRAFIA, EM 15 DE SETEMBRO

**Elefantiasi Infogranulomatosa do pene.** — Os drs. Oliveira Ribeiro, e Nálio P. Guilherme Cristiano, apresentaram um caso de "Elefantiasi é úlcera crônica do pene" (linfogranulomas leismaniáticas?). Trata-se de um doente com repetidas reações de Montenegro e Frei positivas, que relatava ter tido, há 28 anos, adenite inguinal unilateral sem cancro, apresentando, na ocasião do exame, lesões seguramente leismaniáticas. O exame anatomo-patológico, realizado pelo dr. Paulo Tibiriçá, não foi conclusivo, sendo, porém, relativamente desfavorável ao diagnóstico de linfogranuloma venéreo. Não se encontraram leismanias.

**Epidermólise bolhosa distrófica e fotossensibilidade.** — Dr. Nálio P. Guilherme Cristiano. — É referido o aparecimento da doença em três irmãos (surgindo as primeiras manifestações sempre logo após a puberdade), tendo sido um deles objeto de prolongada e pormenorizada observação, por ter estado muitos meses internado no Serviço do Prof. Dr. A. Lindenbergh, de que o A. é assistente.

Além de se tratar de doença rara em nosso meio (há apenas 6 casos desta forma distrófica publica-

Presidente: Dr. João Paulo Vieira

das na literatura brasileira: Joaquim Mota (2), Cerruti & Fonseca Bicudo, Rabelo Jor., Flaviano Silva, e Mourão & Guimarães), o caso em apreço exibia alguns aspectos realmente dignos de menção: a) coexistência, em indivíduo porfirinúrico, de hipersensibilidade à luz e ao traumatismo; b) associação de lesões bolhosas com melanose e hipertricose localizadas nas partes expostas à luz; c) os resultados da terapêutica realizada.

Tais coexistências mórbidas encontram-se descritas na literatura mundial, em pouco mais de uma vintena de casos, mas o do A. as apresentava "au grand complet", sómente lhe sendo comparáveis, talvez, os casos de Meineri (1931) e de Turner & Obermayer (1938).

O estímulo essencial à produção das lesões epidermolíticas era o traumático, observando-se, porém, nitidamente o efeito adjuvante da luz. Para a eclosão de lesões era necessário traumatismo de média intensidade, pois o sinal de Nikolsky se mostrou constantemente negativo.

Provas de função hepática não registraram senão pequenos desvios da normalidade. Normais se mostraram a calcemia e a colesterolémia. Estado geral somático e psíquico bom.

O A. estuda a patogenia das porfirias, referindo-se particularmente à questão do ácido nicotínico e das perturbações hepáticas. Examina também as pretendidas relações da epidermólise bolhosa com disendocrinias.

Passando a considerações de ordem terapêutica, refere-se à hepatoterapia, ao ácido nicotínico, à autouroterapia e à histamína.

Não podendo, no momento, dispor de ácido nicotínico, lançou mão de um extrato hepático que, em época anterior à introdução do referido ácido, fora utilizado, entre nós, com bons resultados, no tratamento da pelagra, devendo, portanto, conter apreciável teor do mesmo.

#### Evolução do caso:

Ao 14.<sup>º</sup> dia de tratamento — Não mais se observa formação de bolhas, mesmo a traumatismos relativamente fortes.

Ao 27.<sup>º</sup> dia — Suspensão do tratamento por extrato hepático. Mantém-se o resultado terapêutico assinalado.

Ao 35.<sup>º</sup> dia — Continua suspensa o tratamento. Já se obtém facilmente a produção de bolhas pela percussão com o martelo de Babinski.

Ao 39.<sup>º</sup> dia — Reinicia-se o tratamento. — Ainda se produzem bolhas com facilidade.

Ao 43.<sup>º</sup> dia — A pele do paciente mostra-se novamente resistente à formação de bolhas, mesmo por traumatismos relativamente intensos. Tal resultado se mantém até à alta do doente, no 60.<sup>º</sup> dia.

Nenhum papel se pode atribuir, neste resultado, à mudança de ambiente, repouso, alteração de regimen alimentar, por quanto o doente, quando iniciada a terapêutica, já se encontrava há cinco meses no Serviço; sem jamais ter apresentado qualquer melhora.

O A. agradece a colaboração, na parte referente a exames subsidiários, dos drs. Névio Pimenta, docente livre e assistente da Faculdade de Medicina, Hélio L. de Oliveira, da 2.<sup>a</sup> E. M. H. da Santa

Cata e Silvio Jordão, do Laboratório Central do mesmo Hospital.

**Comentários:** Prof. Mário Artom — O caso apresentado pelo dr. Náleo Guilherme Christiano, cuidadosamente descrito e tão amplamente documentado, apresenta, na verdade, um interesse muito grande. Lembra-me um caso que pude observar na Itália, e foi publicado, por Pietro Cerruti.

O estudo destes casos, muito raros, em que a epidermólise bolhosa se acha acompanhada de porfiria e hipersensibilidade à luz, nos põe diante de diversos problemas. Em primeiro lugar, o das relações, algumas vezes pouco claras, existentes entre a epidermólise bolhosa de um lado e a hidrose estival e a hidrose vaciniforme de outro, o que explica o fato das coexistências, no mesmo paciente, desses dois quadros.

Em segundo lugar, o fato da impossibilidade de se provocar no paciente o aparecimento da bolha por meio do estímulo luminoso, isto é, de reproduzir o fenômeno patológico espontâneo onde existia uma resistência menor em relação aos agentes traumáticos, mecânico e luminoso. Isto vem, mais uma vez, demonstrar quão perigoso é basear-nos sobre fatos experimentais, procurando esclarecer a obscura patogenia da epidermólise bolhosa.

Finalmente, é o caso de perguntarmos se os pacientes que apresentam uma porfirinúria e uma hipersensibilidade à luz com formação de bolhas devem ser rotulados simplesmente com o diagnóstico de epidermólise bolhosa ou se, nestes casos, deve ser considerada a porfiria como doença fundamental e os fenômenos epidermolíticos como sintoma concomitante a ela ligado; este síndrome, portanto, faria parte daquele vasto quadro das manifestações por porfiria, que se vai apresentando cada vez mais complexo.

No belíssimo caso do dr. Christiano a existência familiar da doença constitui um elemento de grande importância.

Relativamente à influência das alterações hepáticas na gênese da porfiria, só podemos, por enquanto, afirmar que existem porfírias congénitas em que não é possível demonstrar nenhuma alteração funcional hepática. Em dois casos de "lichen aestivalis" intenso, apertando porfiria acentuada, observados pelo dr. Ancona Lopez e por mim, sómente existia uma positividade da reação de Hijmans van den Bergh, sem outras alterações agradáveis da função hepática.

Acho que, neste país, onde as afecções cutâneas que pertencem ao capítulo das lucites são muito frequentes e variadas, seriam de grande utilidade pesquisas sistemáticas com referência ao metabolismo porfirínico dos pacientes.

Cumprimento o dr. Náleo Guilherme Christiano pela sua interessantíssima comunicação.

**Dr. José Aranha Campos.** — Pergunta ao A. se procurou estudar de maneira pormenorizada a dentadura do doente, o que ele, dr. Aranha Campos, havia feito em relação ao paciente de Mourão e Guimarães, com oportunidade de realizar interessantes observações.

**Dr. João Paulo Vieira.** — Felicita o dr. Náleo Guilherme Christiano pelo brilhante trabalho, tão bem documentado, concitadno-o a trazer sempre novas contribuições à Casa.

**Dr. Náleo P. Guilherme Christiano.** — Ao prof. Mário Artom, agradeço, concordando com o comentário a respeito da real necessidade do melhor estudo das lucites em nosso meio. Ao dr. Aranha Campos informo não ter feito estudo pormenorizado, mas apenas perfuntório do paciente, sob o ponto de vista dos dentes, embora não ignorasse o caso de Mourão e Guimarães, citado aliás no texto da comunicação. Agradeço ainda as palavras e o convite do dr. João Paulo Vieira.

**Um caso de aplasia moniliforme** — Dr. J. da Fonseca Bicudo Jr. — Trago à presença dos colegas uma menina de 7 anos que, desde o nascimento, se apresenta quasi in-

teiramente sem cabelos, pestanas e sobrancelhas, mostrando no couro cabeludo pontos de atrofia e pontos eritematosos, e, uma asperreza muito pronunciada. Parecia tratar-se de uma moléstia familiar, pois uma sua irmã mais nova, que posteriormente veio a falecer, apresentava dermatose idêntica. Examinando-se cuidadosamente vinha-se a notar que o sintoma fundamental não era a falta de cabelos, mas sim, a sua fragilidade. Mesmo os cabelos que ainda se conservam um pouco mais compridos, partiam-se com facilidade, à menor tração, alguns milímetros acima da superfície do couro cabeludo. Examinando alguns destes cabelos, viemos a notar a existência, em sua haste, de múltiplos estrangulamentos e dilatações, enfim o aspecto típico do cabelo da "Moniletrix" ou Aplasia moniliforme. Como a paciente apresentasse R. W. + e metabolismo basal menos 33%, instituimos tratamento pelo bismuto e por um preparado de tiroíde, além de radioterapia estimulante (250 r em cada campo do couro cabeludo) e aguardamos, embora sem muita esperança, os resultados, para trazermos novamente a pequena à presença dos colegas.

**Comentários:** Prof. Mário Artom — Por gentileza do dr. Bicudo pude observar o caso clínico, antes que a aplicação radioterápica tivesse modificado o aspecto do couro cabeludo. O exame de alguns cabelos confirmou o diagnóstico de "moniletrix", permitindo ver, especialmente em cabelos mais finos, numerosos estrangulamentos característicos.

Não é um caso dos mais evidentes, tratando-se antes de uma forma frusta de aplasia moniliforme. Quanto ao resto, nesta distrofia, como em todas as formas mórbidas, existem variedades mais ou menos intensas, algumas vezes se verificando associação de diferentes formas distróficas, como em um caso por mim observado em que, no mesmo paciente, se encontravam pelos com aplasia mo-

niforme e outros apresentando à distrofia chamada "pilitorti".

**Lesões pápulo-pustulosas acneiformes na leishmaniose.** — Drs. Domingos de Oliveira Ribeiro e Nádeo P. Guilherme Cristiano. — Apresentamos em primeiro lugar, um paciente portador de lesões cutâneas pápulo-pustulosas no nariz, ricas em leishmanias, as quais surgiram durante a permanência do mesmo no Serviço do Prof. A. Lindenbergs, onde estava há cerca de 1 mês, com lesões leishmanóticas disseminadas de tipo framboesóide. Por ocasião de tal surto, já recebera o paciente 8 injeções de táraro emético e tomara sulfamida por vários dias. As lesões acneiformes em breve adquiriram caráter pápulo-crostoso e

resistiram inalteradas, por 4 meses, à terapêutica sulfanilamídica, que determinou, de outra parte, acentuada melhora ou mesmo regressão completa das demais lesões de que o doente era portador. A intra-dermo-reação de Montenegro, realizada mais de uma vez, foi sempre positiva. Mais tarde, passando-se ao tratamento pelo "Eparseno", as lesões acneiformes apresentaram completa regressão após 8 injeções.

Em seguida, apresentamos outro paciente, já exibido à Casa, há cerca de 1 ano, também caso de neiforme, afim de demonstrar a leishmaniose pápulo-pustulosa acoplada regressão das lesões, que se obteve com 20 injeções de "Eparseno".

#### SECÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA, EM 17 DE AGOSTO

Presidente: Dr. Mário Otoni Rezende

**Endoscopia peroral na Argentina.** — Dr. Antônio Carrascosa. (Da Universidade de Buenos Aires) — O A. agradeceu as gentilezas de que tem sido alvo desde a sua chegada ao Brasil, principalmente por parte dos especialistas de São Paulo, para onde veio aperfeiçoar os seus estudos sobre a endoscopia per-oral, no Serviço do dr. Plínio Matos Barreto. A seguir, faz a citação dos principais trabalhos argentinos sobre a administração do oxigênio por este modo, para o que tem sido utilizado aparelho especial, que consegue graduar exatamente a quantidade a inalar, o tempo de inalação e consegue manter o gás a uma temperatura determinada. Este processo terapêutico tem sido utilizado no tratamento das infecções das vias aéreas superiores. Fez referências ao tratamento da difteria laringotraqueal por meio da endoscopia, não só com fim terapêutico como também com fim diagnóstico. Com este processo, em poucos segundos, se consegue fazer um diagnóstico rápido, um tratamento lo-

cal eficiente e estabelecer as bases de um tratamento geral pela soro-terapia, podendo-se fazer também a extração das falsas membranas.

Trata a seguir da oxigenoterapia com o uso do endoscópio nos casos de obstrução respiratória por tumefação aguda sub-glótica nas crianças. Nestes casos contraindica a traqueotomia, preferindo a oxigenoterapia, que pode ser facilmente realizada pelo método do frasco lavador.

Refere-se a seguir; a diversas modificações dos endoscópios, que têm sido feitas por AA. argentinos, com o fim de tornar mais prático e mais amplo o campo do seu uso.

A seguir, fez a apresentação de vários casos clínicos interessantes, que foram submetidos com êxito à broncoscopia.

**Comentários:** Dr. Francisco Hartung. — No presente trabalho nada se tem a comentar, mas apenas a agradecer ao A. a magnífica aula com que nos acaba de honrar; felicitamo-lo pela clareza de sua exposição e pelo aspecto didático

completo do seu estudo. Para mim e para todos os colegas que já foram à Argentina não sabemos o que mais nos cativa, se o seu brilho científico ou a maneira cavaleiresca dos seus filhos. Entretanto, propriamente para fazer considerações em torno do trabalho, devo dizer que um ponto que me despertou particularmente a atenção, é a questão do tratamento da difteria. Assim, peço ao A. que trace um paralelo entre os resultados que tem obtido na Argentina para que os possamos comparar com os nossos.

**Dr. Mário Otoni Rezende.** — Segundo o relato, na Argentina se faz sistematicamente a extração das membranas diftéricas, o que entretanto não ocorre entre nós. Entre nós estas membranas segundo a observação de todos os especialistas, caem por si só, e desaparecem definitivamente com o uso do sôro. Talvez isso seja devido a uma questão de dosagem do sôro. Outro caso que me causou surpresa é a questão da oxigenoterapia, que, segundo penso, não deve ser aplicada com tanta abundância, porque é preciso con-

siderar-se que o oxigênio resseca por demais os brônquios, tanto assim que os americanos juntam ao oxigênio outros gases, para evitar este efeito indesejável. Quanto às modificações do endoscópio apresentada pelo A., a maioria delas já é conhecida em nosso meio. Quanto aos seus casos clínicos, são todos muito curiosos e interessantes. Em nome da Secção, agradeço ao dr. Carracosa a gentileza que nos proporcionou com a presente palestra.

**Traumatismo da laringe com especial referência aos tempos de guerra.** — **Dr. Plínio Matos Barreto.** — O A. fez a citação de vários casos de traumatismos da laringe, constantes do seu arquivo e tratados no seu serviço. Teceu considerações pormenorizadas sobre a conduta terapêutica empregada em cada um deles.

A seguir estudou a questão da ocorrência destes traumatismos, como uma ocorrência de guerra, citando o que há de mais moderno no assunto, inclusive a documentação da guerra atual.

#### SECÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA, EM 17 DE SETEMBRO

**Presidente:** Dr. Mário Otoni Rezende

**O problema da extirpação das amígdalas profilaticamente na guerra.** — **Dr. Paulo Sais.** — (O trabalho se acha publicado na íntegra na Revista Paulista de Medicina, XXIV, 235-239).

**Comentário:** Dr. Mário Otoni Rezende. — Estou de pleno acordo com o dr. Paulo Sais, quanto à relativa impraticabilidade da intervenção em todos os casos. Isto entretanto, não quer dizer que eu concorde com o A., que pelo fato de ser impraticável, não deve ser aconselhada, pois todos sabem que basta uma simples amigdalite crônica, para que fique inutilizado um soldado para o serviço militar. Isto ocorre sobretudo entre nós,

em que, ao mau estado dos dentes, que é causa comum em nosso meio, se reune, a infecção das amígdalas, colocando o soldado em estado de extrema deficiência física, tornando-o suscetível a resfriados freqüentes e colocando-o em estado de se tornar sensível a exacerbações agudas de germes que vivem em estado latente em seu organismo. Devemos considerar ainda as amígdalas císticas, que devem ser preferencialmente extirpadas. Mesmo com todas as deficiências atinentes ao processo, eu penso que, como já se faz na Fôrça Pública, podemos dividir e subdividir o grande número dos doentes afetados e fazer a profilaxia. Não são poucos os não es-

pecialistas, cirurgiões gerais e mesmo clínicos, que sabem intervir com eficiência sobre as amigdalas e assim sendo, em caso de constrição, elas podem ter o mister de realizar amigdalectomias.

**Dois casos de mucocele fronto-  
etmoidal.** — Drs. Mauro Cândido  
de Souza Dias e J. E. Rezende  
Barboza. — Os AA. após breves

considerações iniciais sobre o mecanismo da formação das mucoces sinusais, nas quais sustentam a teoria da obstrução do ducto de drenagem do seio atingido expõem com documentação fotográfica e radiológica dois casos desta entidade mórbida. Ambos se referem ao seio frontal com comprometimento secundário das células etmoidais, anteriores.

#### SECÇÃO DE RADIOLOGIA E ELETRICIDADE MÉDICA, EM 22 DE SETEMBRO

Presidente: Prof. Rafael de Barros

**Aspectos radiológicos das mani-  
festações ósseas da granulomatose  
paracoccidioidídeo (Blastomicose bra-  
sileira).** — Dr. Rafael de Lima Fi-  
lho. — O A. dissertou sobre a blas-  
tomicose óssea, apresentando uma  
série de radiografias muito eluci-  
dativas, que deram ao seu tra-  
balho grande valor documentário.

**Aspectos radiológicos do coração  
no "Beri-beri".** — Dr. Olavo Paz-  
zanese. — O A. trouxe, interes-  
sante e moderna contribuição ao  
assunto, apresentando também ca-  
suística pessoal bastante nume-  
rosa sobre esse assunto, que vem  
sendo bastante estudado em São  
Paulo.

#### SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE AGOSTO

Presidente: Dr. Ariovaldo Carvalho

**Bocio e verminose (Nota prévia)**  
— Dr. Paulo Ribeiro da Luz. —  
Já fiz, nesta casa, há cerca de seis  
meses, em aparte, como comentá-  
rio, um paralelo entre o bocio e a  
verminose, fruto de minha obser-  
vação pessoal. Como resolvesse  
escrever e publicar um trabalho  
nesse sentido, deliberei fazer, an-  
tes, esta nota prévia, como um  
ensaio, que valeria, pelo menos,  
com boa vontade, para chamar a  
atenção sobre o assunto.

O tema sugere a impressão  
das antinomias. Elas sempre ti-  
veram o poder de atrair a aten-  
ção humana, como correspondente  
intelectual da ambivalência afetiva,  
desde as locubrações originais da  
História em que figuraram os Or-  
muzd e Arinam Zoroástricos, os  
Osiris e Tifon egípcios e os Elohim  
e Satanás semitas, até à parábola  
maldita de Lombroso — gênio ou  
paranoia — já observada e com-  
preendida pelo próprio Platão,

quando dizia: "nenhum homem, no  
estado consciente, chega à intui-  
ção da verdade ou alcança a inspi-  
ração, e, sim quando o poder da  
inteligência é estimulado pelo so-  
nho, pela moléstia ou pela demé-  
tia". Em grego o profeta "mán-  
tike" era designado por expressão  
semelhante ou louco (mánike),  
onde herdamos as palavras mán-  
cia (de quiromancia, cartomancia)  
e mania.

O bocio, apesar de já se ter  
feito, recentemente, uma conferê-  
nça internacional sobre ele, conti-  
nua a ser tão ignorado, em sua  
etiologia, como o era há 50 anos  
atrás. E, embora já se tinha fal-  
ado muito na sua origem infec-  
ciosa, à qual, ainda recentemente,  
Crotti adicionou a descoberta de  
um cogumelo causador, parece  
opinião geral que três fatores con-  
tribuem para o seu aparecimento:  
a água, a alimentação e a heredi-  
tariedade.

Pondo de lado a herança, que só poderia explicar uma tendência predisponente ou patoplástica, resta-nos os dois outros, que são, pela sua natureza, exgenos e muito do ambiente causal do parasitismo intestinal.

Além disso comprovou-se no bocio:

1 — Que se trata de moléstia predominante nas classes pobres, desamparadas, principalmente do interior, sendo que as classes abastadas, mesmo nos centros bocigenos, são poupadadas pelo mal;

2 — Seu aparecimento é muito comum na ocasião de necessidades metabólicas mais acentuadas do organismo, como na puberdade;

3 — A existência de um transtorno metabólico em que o iodo não pode ser o único responsável, tendo-se já falado no cálcio, fósforo, ferro e vitaminas. E nós sabemos a sintonização perfeita do ferro e do iodo em fórmulas farmacêuticas, tão usadas para as dismenorreias e anemias, moléstias próprias da mulher e da verminose, que se tornaram célebres, como o iodeto de ferro de Biancard e a solução de Dupasquier;

4 — A existência de zonas bocigenas em que, pela destruição da cidade por um incêndio, extinguiu-se a noxa;

5 — A sua relação tão assinalada com águas poluidas, pois, as águas da chuva e das fontes não produzem bocio e a própria água bocigena, tornada potável e levada para lugares distantes, perde seu efeito nocivo;

6 — Que a análise química, até hoje, não revelou a substância bocigena;

7 — Que a civilização e a estrada de ferro tem extinguido essas zonas;

8) — Que o susto, o traumatismo e a emoção tem sido acusados como provocadores do bocio e são admitidos como exarcebadores das manifestações tóxicas da verminose;

9 — Que à couve e ao repolho, que tem ação influente no bocio, procura-se atribuir essa ação por efeito de substâncias provenientes de metabolismos intermediários relacionados com a flora intestinal;

10 — Que as nossas estatísticas de bocio nas organizações escolares, como demonstrou há pouco o Dr. Arruda Sampaio, só são comparáveis àquelas da verminose pela intensidade;

11 — Que já se formulou a hipótese de ser o bocio moléstia contagiosa, como Von Kuschera considera o cretinismo, dado o seu aparecimento em massa em escolas e casernas;

12 — Que Jundiaí, centro bocigeno de S. Paulo, é uma região em que a porcentagem de verminose é intensa, conforme me afirmou o Dr. Paulo de Andrade, técnico de laboratório que lá procedeu a exames nesse sentido.

Depois dessas considerações, que pelo raciocínio teórico-espculativo me fizeram compreender a possibilidade de ser a verminose a causadora do bocio, procurei fazer a comprovação terapêutica. E, meus senhores, todo o caso de bocio não muito antigo em que fiz tratamento ferruginoso e anti-verminótico teve melhoria objetiva e subjetiva incontestável.

E' o que procurarei provar em trabalho futuro.

**Tratamento cirúrgico das bronquiectasias — Pneumectomia.** — Dr. Eduardo Etzel. — O A. fez a apresentação à Casa, de um caso operado por ele de bronquiectasia pulmonar, tendo este paciente sofrido uma lobectomy. Defende o tratamento cirúrgico como sendo muito superior ao tratamento clínico, conforme prova com o doente que apresenta curado, cirúrgicamente.

**Comentários:** Dr. Rui Dória. — Vieram aqui, na noite de hoje, especialmente para ouvir a palavra autorizada do dr. Etzel, que já iniciou as suas comunicações, apresentando os resultados notáveis

que ele vem obtendo com a aplicação dos princípios cirúrgicos que aprendeu no seu recente estágio nos Estados Unidos, na clínica de Alexander. É de amplo interesse para o nosso meio a presente comunicação, pois os casos dignos de sofrer uma cirurgia pulmonar têm sido, até agora, em nosso meio, relegados a um segundo plano, em virtude da falta de coragem dos nossos especialistas para intervir. Com a presente exposição ficou muito claro a todos nós, que já estamos em condições de ver realizadas, em nosso meio, com inteiro êxito esta grande cirurgia pulmonar. Eu lembraria apenas ao dr. Etzel, o papel que, na cirurgia torácica, tem representado o pneumotórax pré-operatório, no sentido de preparar esta câmara, dentro da qual se vai agir e também porque, com o pneumotórax, fica muito mais fácil o estudo das conexões entre o pulmão e a parede torácica. Naturalmente não sendo possível realizar-se o pneumotórax pleural, já se sabe que se está diante de um caso em que a intervenção não é indicada. Outro ponto é a vantagem ou não da drenagem ou pelo menos da aspiração do espaço livre criado, pois aquêle espaço vazio, logo depois da operação, vai encher-se de esudatos que é um ótimo meio de cultura para germes; além disso, o brônquio, em determinado momento pode abrir-se e se isso acontecer, o líquido que daí sairá, vai trazer uma situação momentânea bastante grave.

Com estes comentários, aproveito a oportunidade para felicitar o dr. Etzel pelo brilhante resultado de sua intervenção. O doente, que ele nos apresentou, está com muito bom aspecto, apresentando entretanto, o brônquio aberto. Nós, que somos especialistas, sabemos as dificuldades que isto representa para condicionar uma cura completa, e assim sendo, o presente trabalho ainda apresenta este grave problema que a toracoplastia pode ou não resolver. Entretanto, a minha impressão do caso em si e do paciente, é ótima.

Dr. Ariovaldo Carvalho. — Eu me felicito pela idéia que tive em convidar o dr. Etzel para fazer a sua falestra de hoje, pelo grande serviço que prestou a esta sessão.

Traçando agora alguns ligeiros comentários, sobre a questão das bronquiectasias congenitas, tivemos no último mês, ocasião de ouvir o prof. Villafaña que estabeleceu com muita clareza o paralelo de diagnóstico entre estas entidades, baseado em dados embriológicos.

Com relação ao tratamento clínico das bronquiectasias, todos nós clínicos, que já tivemos destes casos, sabemos as dificuldades que ele nos oferecem ao tratamento, principalmente os casos crônicos. A drenagem de postura é de todos os meios clínicos, o que dá melhores resultados. Entretanto, o dr. Etzel não se referiu a questão da bronco-aspiração com o óleo gomolado. A nossa impressão é de que este método dá ótimos resultados quando executado por um técnico competente, dando mesmo resultados melhores do que a drenagem de postura. Tivemos alguns casos em que esta técnica foi empregada pelo dr. Plínio Matos Barreto. Infelizmente é um método de difícil aplicação e só pode ser realizado por quem tenha certa prática destes casos. A nebulização pelas sulfanilamidas como se usa muito na Argentina, penso que só dá resultados, quando há infecção secundária.

Quanto ao caso apresentado, a nossa impressão é de que se tratava de um caso de indicação cirúrgica precisa e que por isso mesmo, executado por um cirurgião competente, teve um êxito brilhante. É um caso que nos vem dar um certo alento, uma certa coragem para mandar o doente ao cirurgião, pois o presente sucesso foi completo.

Dr. Eduardo Etzel. — O colega que mandou este doente para que fizéssemos tal operação, é o dr. Macedo Júnior a quem quero neste momento, agradecer a gentileza e a prova de confiança em nós depositada.

Quanto à questão aventada pelo dr. Dória do pneumotórax prévio, é uma questão interessante, que eu não ventilei, por não querer entrar em pormenores técnicos da especialidade, uma vez que estava falando perante uma assembleia de clínicos gerais, a quem tais minudências poderiam ser enfadonhos. Foi o prof. Arce, de Buenos Aires, quem praticou isto pela primeira vez. Nos Estados Unidos, esta prática já foi muito usada, mas hoje não o é mais, pois não se a considera como sendo uma adaptação à função pulmonar, como considerava Arce, procurando assim evitar o colapso — préoperatório. De minha parte, sigo os especialistas norte-americanos, não dando grande importância ao pneumotórax préoperatório, pois, além de não ser de grande vantagem, ele apresenta os seus perigos. O que é de grande vantagem nestes casos, é saber-se que não há muita aderência, o que auxilia grandemente o cirurgião. Nos Estados Unidos, Alexander fez o pneumotórax prévio, ao passo que Churchill, que já se utilizou deste método, não o usa mais. Quanto à drenagem em caso de lobectomia, deve ser uma drenagem comum, com aspiração de 20 cms. de água durante 48 horas. Na pneumectomia, não se faz drenagem, porque se pretendeu que esta operação seja uma operação asséptica de modo que o cirurgião não drena, mas deve ficar observando atentamente o doente. A drenagem na pneumectomia, é mesmo contraindicada, porque ela vai provocar uma inflamação ascendente. Quanto ao

caso particular do meu doente, o que ele apresenta, hoje, é uma fistula. O seu mediastino está bem fixo e desde que não se trate de uma fistula tuberculosa, creio que não há grande importância neste fato.

Ao dr. Ariovaldo eu devo dizer que não acredito que a bronco-aspiração possa dar bom resultado nem as bronquiectasias nem os abscessos pulmonares. Mas, com o uso do óleo gomenolado que é um antisséptico, pode-se ter a impressão de que o processo é bom, pois ele diminui muito a infecção. Também a adrenalina que vai com o anestésico na administração da broncoscopia contribui para a melhora. Entretanto, a aspiração, em si, penso que não dá nenhum resultado.

**Considerações sobre os serviços hospitalares nos Estados Unidos.** — Dr. Otávio Germecck. — O A. tece considerações sobre o que observou nos Estados Unidos em alguns anos de estadia nas clínicas médicas norte-americanas. Nas suas considerações declara-se maravilhado com tudo o que pôde observar, defendendo a opinião de que se deveria intensificar o intercâmbio Brasil-Estados Unidos, ainda mais.

**Nutrição parenteral por aminoácidos.** — Dr. J. Salustiano Filho. Médico Metabolista (por concurso) do IAPI. — (O trabalho se acha publicado na íntegra na Revista Paulista de Medicina, XXIV. Veja págs. 240-244).

## SEÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE SETEMBRO

**Presidente:** Dr. Ariovaldo Carvalho

**Estudo clínico das anemias.** — Dr. João Alves Meira. — O A. começa por definir anemia como sendo um estado caracterizado por uma redução do número de glóbulos vermelhos por mm. cúbico e do volume globular por 100 cc. ou seja, em termos de fisiologia,

por uma redução abaixo do normal da capacidade do sangue para transportar oxigênio. Em seguida passa a estudar a sintomatologia geral das anemias o que faz demoradamente, passando em revista os sintomas apresentados pelo exame da pele e mucosas bem

como as alterações dos fâneros. Trata depois dos sintomas respiratórios e circulatórios mencionando também as alterações electrocardiográficas mais encontradiças nas anemias. São a seguir referidos os sintomas neuro-musculares sendo os mais importante particularmente frisados. Quanto aos sintomas gastro-intestinais o A. acentua não só os distúrbios funcionais como também as alterações orgânicas capazes de se verificar nas anemias. Especial atenção é chamada para as alterações da língua e das modificações que ocorrem nas anemias, quanto ao quimismo gástrico. Os sintomas interessando o sistema genito-urinário são revisados em seguida, depois do que são estudadas as perturbações do metabolismo verificadas nos estados anêmicos. Refere por fim o A. a presença da hepatomegalia e das esplenomegalias nas anemias. Depois o A. faz considerações sobre a contribuição do exame dos pacientes sob o ponto de vista das anemias. O interrogatório dos doentes, suas ocupações, seu hábitos alimentares, a indagação de certos e importantes sintomas subjetivos são também estudados assim como a história familiar dos doentes ocupa a atenção do A. Para estudar as modificações hematológicas nas anemias o A. adota a classificação proposta por Wintrobe esgotando-se o tempo a disposição do A. quando este tecia considerações sobre o diagnóstico diferencial das anemias.

**Interpretação e uso dos índices hematimétricos.** — Dr. Nelson Vieira de Barros. — O A. fez uma dissertação visando incrementar em nosso meio o uso dos índices hematimétricos, demonstrando o valor e a riqueza dos recursos informativos que sua interpretação adequada traz à semiologia hematológica. Depois de uma breve revisão histórica a respeito de sua introdução na literatura médica, resume sua determinação e analisa o seu significado, procurando es-

clarecer os verdadeiros conceitos dos términos empregados; é assim que insiste na exata interpretação da **hipercromia**, desligando-a do falso conceito de **supersaturação**.

Faz a crítica dos métodos empregados na sua determinação o máximo rigor técnico afim de se alcançar toda a utilidade dos índices: frisa a necessidade da padronização dos hemoglobinômetros, reprovando a sua expressão rotineira em %, fonte de grande depreciação do IC.

Considera comparativamente os índices relativos e absolutos, concordando com a equivalência de ambos quanto à capacidade informativa, porém opinando pela maior clareza e rigor dos segundos visto não dependerem dum normal arbitrário.

Faz a interpretação conjunta dos índices, e assim demonstra a precisão com que caracterizam qualitativamente o eritrócito, o que fornece ensejo para uma útil e rigorosa classificação das anemias sobre uma base morfológica, dada a associação existente entre certas alterações dos glóbulos vermelhos e os distúrbios do eritron em que ocorrem.

Termina exemplificando a utilidade dos índices na verificação do efeito terapêutico, na seqüência evolutiva das anemias.

**Patogenia das anemias.** — Dr. Michel Jamra. — (O trabalho se acha publicado na íntegra na Revista Paulista de Medicina, XXIV. Veja págs. 229-230).

**Comentários:** Prof. Zeferino Vaz — A respeito do trabalho do dr. Jamra, devo confessar que hoje foi, para mim, um motivo de grande alegria ouvir a sua exposição. Eu me permito fazer uma leve objeção no que diz respeito à patogenia da anemia na anquilostomose. Afirmou o dr. Jamra que o verme não tem influência na anemia, o que eu acho que é uma impropriedade de expressão. O verme é o agente da anemia, não resta dúvida, ou então se o verme

não é o agente, não vejo como chamá-la anemia ancilostomótica. Alguns AA. consideram que a anemia é devida a toxinas dos ancilóstomos que iriam agir ou diretamente sobre a medula óssea ou ento diretamente sobre os glóbulos sanguíneos, hemolisando-os. Todavia ainda não foi possível demonstrar a existência de qualquer toxina no sangue de amilostomados, e também devemos levar em consideração que certos indivíduos muito infestados por ancilóstomos, mas bem alimentados, não apresentam anemia. Estudos mais modernos tendem a demonstrar que o ancilóstomo age como um hematofago, pois foi calculado que cada um deles consegue retirar uma quantidade brutal de sangue, isto é 3/10 de cc. em 24 horas. Portanto, o ancilóstomo age por espoliação e é o fator da anemia ancilostomótica, anemia que se manifesta quando, juntamente com a parasitose, há deficiência alimentar.

Uma segunda objeção, é que quando o dr. Jamra se referiu à anemia falciforme, empregou indiferentemente as expressões "congênita" e "hereditária" como se fossem sinônimas, que não é verdade perante a genética.

**Dr. Rui Faria.** — A respeito da comunicação do dr. Jamra, achei muito interessante as suas referências a respeito da fetal, quando se referiu à existência no sangue materno de iso-aglutininas e iso-hemolisinas. É um assunto de grande interesse e eu acho que seria interessante que fosse melhor estudado também o ponto de vista do R. H. — Creio que com um pouco de paciência se pode obter em São Paulo o soro R. H. para fazer a classificação dos indivíduos de tipo R. H. positivos e negativos.

**Dr. João Alves Meira.** — Peço a palavra para corroborar com o ponto de vista do Prof. Zeferino Vaz, a respeito do papel dos vermes na anemia ancilostomótica. Castle e colaboradores demonstraram que, em doentes portadores de Necator, o tratamento ferrugi-

noso sem a expulsão dos helminhos se acompanha de intensa regeneração sanguínea com reticulocipose apreciável. Tal fato deve ser interpretado como devido a inexistência de uma ação tóxica inibitória sobre a medula, e de origem verminótica porque nas anemias de causa infeciosa com ação inibitória sobre a medula óssea só se verifica comparável grau de regeneração sanguínea após a eliminação do agente infecioso ou suas toxinas. De outro lado, os mesmos observadores demonstraram que a expulsão dos vermes por medicação anti-helmintica, embora não seja seguida de uma volta ao normal dos valores sanguíneos, é acompanhada de certo grau de aumento no seu teor hemoglobínico. Isto certamente indica que os vermes por si mesmos podem, em parte, ser responsabilizados pelas perdas sanguíneas que determinam pela falta de ferro, a anemia. Também Wells demonstrou que em cães o "Ancylostoma caninum" rouba considerável quantidade de sangue calculando aquêle autor que 100 vermes subtraem, em 24 horas, 84 cc. de sangue. Também a baixa dos valores de hemoglobina 5 meses após o tratamento ferruginoso não seguido por medicação anti-helmintica deve ser considerada como um argumento de valor na interpretação do papel da perda sanguínea ocasionada pela presença dos vermes.

**Dr. Michel Abu Jamra.** — Agradoço as palavras do dr. Zeferino Vaz. Não pretendo negar a ação do germe na patogênia da anemia ancilostomótica, tanto, que é dita ancilostomótica, mas o fato é, que, de uma grande série de indivíduos parasitados, apenas alguns caem doentes, parecendo assim que se trata predominantemente de uma anemia, ferropriva. Em nossa experiência de enfermaria, temos notado que a simples administração de ferro, faz o doente melhorar rapidamente, mesmo sem administrar taxas grandes de proteína. Se a anemia fosse devida à retirada de sangue pelo verme, seria uma anemia de tipo hemorrágico, de-

vendo dar no quadro sanguíneo, uma elevação de reticulócitos o que entretanto não acontece. Trata-se, de qualquer forma, de um problema bastante complexo, ainda não totalmente resolvido.

Quanto ao dr. Rui Faria, o seu aparte é digno da maior atenção, mas de minha parte não tenho muito contato com este material, mais relacionado à estatística e à pediatria.

### SECÇÃO DE MEDICINA, EM 21 DE SETEMBRO

Presidente: Dr. Ariovaldo Carvalho

**Terapêutica das anemias.** — Prof. Jairo Ramos. — (O trabalho se acha publicado na íntegra na Rev. Paulista de Medicina, XXIV, veja págs. 225-228).

Comentários: Dr. Rui Faria. — A palestra do prof. Jairo Ramos foi uma verdadeira aula e é quasi uma ousadia tomar a palavra para comentá-la. Mas, como o Prof. Jairo falou muito em transfusões de sangue, que é a minha especialidade, quero trazer uma modesta contribuição ao seu relato. Assim, pretendo apenas, reforçar as considerações do prof. Jairo, quando se referiu às anemias agudas expoliativas, em que a transfusão de sangue, é a única terapêutica, e, segundo Tzansk, deve ser "por si só suficiente". Nestes casos a transfusão deve ser macia e, preferentemente de sangue puro, livre de citrato ou qualquer outra droga anti-coagulante, aconselhando-se o método direto, por meio de aparelhos, que realizam muito bem esta operação.

Um outro ponto em que eu deseo tocar é, aquêle em que o prof. Jairo se referiu às anemias tóxicas. Disse ele que as transfusões de sangue em quantidades moderadas, servem para excitar os centros hematopoéticos. A questão é ainda doutrinária. Para a maioria dos AA. a transfusão de sangue não tem efeito excitador sobre os órgãos hematopoéticos, tendo um valor apenas substitutivo e a sua grande virtude é repousar os referidos órgãos e não excitá-los. Neste ponto estamos em desacordo com o dr. Jairo, pois até hoje não foi demonstrada a referida ação excitadora das transfusões de sangue sobre a medula óssea.

Eram êstes comentários, com os quais desejava apenas mostrar o interesse que em mim despertou a palestra do prof. Jairo e o desejo de com él colaborar nesta magnífica sessão.

Dr. Gastão Rosenfeld. — Sobre a exposição do Prof. Jairo não há nada a dizer, peço licença para fazer um comentário ao comentário do Dr. Rui Faria. O Dr. Rui Faria acaba de recomendar a transfusão de sangue nas ictericias hemolíticas, dizendo que são indicadas e que os inconvenientes não são mais do que defeitos de técnica. Tomo a liberdade de chamar a atenção sobre o perigo que isso pode acarretar. As transfusões de sangue não só são geralmente dispensáveis nas ictericias hemolíticas congênitas, como também podem ser perigosas. As hemácias trazidas pela transfusão podem ser mais ou menos facilmente destruídas pelo S. R. E. do doente, e num prazo tão curto que pode provocar uma verdadeira obstrução renal, provavelmente pelo acúmulo do estrôma das hemácias. Já tive ocasião de presenciar um desses acidentes quasi fatal e como em numerosos casos, que observei com essa anemia, nunca vi sobrevir a morte, devido às crises de desglobulização e, aliás é clássico que raramente morrem por isso: acho que para bem desses doentes, não se deve fazer transfusões que, além de dispensáveis podem acarretar acidentes fatais nesses casos, independentemente de uma boa técnica.

Prof. Jairo Ramos. — Quando eu me referi ao tratamento das anemias hemorrágicas agudas por

meio de transfusões de sangue maciças, esqueci de referir-me ao uso do plasma. Devo lembrar entretanto, que para estes casos, além de ser o plasma, mais caro, é em absoluto não substitui o sangue total no tratamento das hemorragias.

Quanto ao fato de serem as transfusões de sangue excitadoras ou não da medula óssea, conforme discutiu o dr. Rui Faria, eu com sinceridade, não faço questão de entrar em minúcias neste ponto, porque eu tenho argumentos para defender o meu ponto de vista, nem os AA. que pensam de modo contrário o têm para defender o seu. O fato é que as trans-

fusões trazem reais benefícios aos doentes.

Quanto à anemia hemolítica, acho que não se deve fazer transfusões nestes casos, pois se a própria hemácia do indivíduo já é hemolisada, todas as outras hemácia o são também.

Quanto às anemias perniciosas, a era pré-hepática, já havia demonstrado claramente a ineeficiência das transfusões de sangue para estes casos. Entretanto, nos casos muito graves faço transfusões na medida que eu acho necessário.

Para terminar desejo agradecer ao sr. Presidente o convite que nos fez para ocupar esta tribuna na noite de hoje.

#### SECÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA, EM 28 DE SETEMBRO

**Considerações sobre o valor dos métodos usados no tratamento cirúrgico das fistulas vésico-vaginais e uretro-vésico-vaginais.** — Dr. Geraldo Vicente de Azevedo. — Conclusões do A.:

1 — No nosso meio as fistulas uro-genitais de origem obstétrica são muito mais freqüentes que as ginecológicas, ao contrário do que se passa em outros países onde a assistência adequada a todos os partos já é habitual.

2 — Como principal profilaxia daquelas fistulas, impõem-se as medidas tendentes a tornar generalizada a boa assistência à parturiente.

3 — O fechamento das fistulas recentes, em que ainda não se processou a epitelização do trajeto pode, em alguns casos, ser obtido mediante tratamento conservador, que consiste na drenagem permanente da bexiga, profilaxia da infecção e administração de substâncias estrogênicas.

4 — Antes de submeter-se ao tratamento cirúrgico, toda portadora de fistula deve ser objeto de meticoloso exame, com vista ao estado geral e às condições locais. Em todos os casos é indispensá-

Presidente: Dr. Licínio H. Dutra  
vel o exame urológico, no qual se destacam como mais importantes a uretro-cistoscopia de irrigação, auxiliada por artifícios destinados a impedir ou limitar o escoamento do líquido pela fistula, e a urografia excretora.

5 — É necessário verificar sempre se a fistula é simplesmente vésico-vaginal ou se é uretro-vésico-vaginal. Este último caso é muito mais grave, devido à lesão do aparelho de fechamento vésicouretral.

6 — Mesmo quando a fistula é apenas vésico-vaginal, pode coexistir lesão do esfínter, que é indispensável pesquisar e levar em conta no tratamento cirúrgico.

7 — As pacientes devem ser submetidas a cuidadoso preparo pré-operatório, destinado a melhorar quanto possível o estado geral e as condições locais.

8 — Devido à elevada incidência de verminose e de lues na nossa casuística, aconselhamos a pesquisa e o tratamento sistemático dessas entidades mórbidas no pré-operatório.

9 — Do estudo de cada caso em particular, resultará a eleição da via de acesso mais adequada.

10 — Na grande maioria dos casos de fistula vésico-vaginal, a via vaginal é mais vantajosa do que a abdominal. Esta só será indicada em casos de fistulas altas (geralmente originadas de operações ginecológicas), quando a via vaginal se apresentar desfavorável.

11 — Não existe processo universal para a cura das fistulas vésico-vaginais e uretro-vésico-vaginais. A solução do problema cirúrgico deve ser individualizada para cada caso, e do seu estudo meticoloso, antes e no início da operação, resultará a escolha da técnica mais apropriada, a cuja execução se dedicará particular esmero.

12 — Na maior parte dos casos, os métodos de escolha são o de desdobramento e o do manguito, também conhecido como método de Füth.

13 — Quando a fistula for uretro-vésico-vaginal ou houver lesão sub-mucosa do esfínter, a oclusão da fistula será em geral insuficiente para obter a cura e devemos acrescentar um método complementar capaz de restaurar o fechamento vésico-uretral.

14 — Os métodos mais eficientes para restaurar a função esfincetária perdida são, além da plástica muscular direta, a plástica pirâmetro-fascial de Goebell-Stoeckel e a plástica do bulbo-cavernoso de Martius, quando tal operação é praticada juntamente com o fechamento da fistula. Se tiver de ser efetuada posteriormente, será mais aconselhável a plástica de Lowsley, que não interfere com a zona cicatricial correspondente à fistula fechada.

15 — A drenagem permanente da bexiga é de regra nos primeiros dias do pós-operatório. Para as fistulas vésico-vaginais puras, ela se fará através da uretra; se a fistula for uretro-vésico-vaginal, a drenagem transuretral deve ser proscrita, pois poderá comprometer o resultado da operação. Nesse caso o autor tem praticado e

aconselha a drenagem infra-sinifária com o trocarte de Stoeckel.

16 — Os cuidados pós-operatórios são de incontestável valor para a obtenção de bons resultados cirúrgicos.

17 — As portadoras de fistulas incuráveis, por meio de plástica direta, não devem ser abandonadas à própria sorte. Não havendo contra-indicação, a melhor solução para tais casos é dada pela implantação dos ureteres no sigmóide.

18 — Dentre os vários métodos de anestesia, a peridural e a epidural se mostraram as mais vantajosas para as operações praticadas.

Comentários: Dr. Valdemar Souza Rudge. — Não pretendo comentar o trabalho do dr. Geraldo, pois tive o prazer de verificar que a sua grande experiência no assunto, coincide exatamente com a experiência do prof. Morais Barros, a cujo serviço, temos a honra de pertencer. O dr. Geraldo é partidário da via vaginal, da mesma maneira que o prof. Morais Barros, e também usa a plástica do desdobramento, da qual somos também entusiastas.

A respeito do tratamento cirúrgico das fistulas vésico-vaginais, há alguns detalhes interessantes que eu desejo lembrar. Primeiro no que se refere à sutura da mucosa vaginal. Somos levados hoje em dia a dar pouca importância para esta sutura, e só a realizamos, quando a mucosa é suficiente para tal, e em caso contrário, achámo-la dispensável. De outra parte, no pré-operatório das intervenções sobre estas fistulas, usamos o sulfatiazol em pequenas doses, recomendação está feita pelos especialistas da clínica Mayo, e que nos tem dado bons resultados na prática. Quanto às fistulas da variedade uretro-vésico-vaginais, se o seu tratamento frequentemente traz a continência urinária, não se deve contar muito com esta continência fortuita mas deve-se procurar fazer uma plástica que tra-

ga a sutura das extremidades do esfínter rôto ou mesmo substituí-lo se o caso for de destruição completa desta estrutura muscular.

Chamo a atenção também para a variedade de fistulas uretro-vaginais. A nossa experiência a este respeito é muito grande, e a nossa percentagem de cura é de 0% (zero por cento). A questão mais difícil nesta eventualidade, é a questão da drenagem. Alguns resultados temos obtido com o uso da sonda em pata de cavalo de Skene que por ser de superfície lisa, parece que facilita a cura. Entretanto, o seu emprego nas fistulas uretro-vaginais, não tem sido de grande sucesso.

Nas fistulas inoperáveis citadas pelo dr. Geraldo, temos utilizado do processo de Coffey-Mayo. Até há pouco tempo, a nossa estatística nestes casos era muito má, mas atualmente com o emprego da sulfaguanidina no pré-operatório, já podemos contar com dois casos de cura completa. Portanto; essa medida terapêutica pré-operatória, tornou esta operação mais realizável, e com um risco mais limitado.

O dr. Geraldo abordou também a questão da anestesia na operação da fistula uro-genital. Até, há pouco tempo, empregavamos quasi que exclusivamente a raqueanestesia. Podemos dizer que esta anestesia é muito boa pois permite uma perfeita exposição do trajeto fustuloso o que é muito importante para se conduzir bem a operação. Há cerca de um mês para cá, temos utilizado da anestesia peridural, e temos verificado que ela tem as mesmas vantagens técnicas que a raque, sendo inferior sómente na sua menor duração.

Ao terminar estas ligeiras considerações sobre o tema desenvolvido pelo dr. Geraldo Vicente de Azevedo, queremos expressar nossas felicitações pela sua palestra cheia de ensinamentos úteis.

**Dr. Licínio H. Dutra.** — Agradeço ao dr. Geraldo Vicente Azevedo a apresentação do seu trabalho, estudo, completo das fistulas uretro-vésico-vaginais e que interessam tanto à Ginecologia como à Urologia. Não cabem mais comentários à sua comunicação uma vez que é um trabalho completo, como o reconheceram os dois colegas especialistas que já o comentaram. Além disso, estou concorde com ele em todos os principios enunciados, uma vez que a maioria das intervenções dos casos apresentados pelo dr. Geraldo Vicente de Azevedo, foram por mim ajudadas.

**Dr. Geraldo Vicente de Azevedo** — Agradeço as palavras dos pre-zados colegas.

Ao dr. Rudge, devo dizer que temos usado a sulfaguanidina no pré e post-operatório e temos obtido excelentes e surpreendentes resultados, principalmente no post-operatório, cuja benignidade é então boa.

Quanto ao dr. Ataíde Pereira, ele tem certa simpatia pela via alta (trans-vesical), mas não é sómente por esta via, que se consegue fazer uma boa sutura da bexiga. É lógico que se houver uma infiltração de urina na sutura, a operação estará perdida e não há cuidado post-operatório que a corrija. Assim sendo, com esta técnica, o prognóstico é ditado principalmente pela própria operação, que deve ser muito cuidadosa. A via trans-vesical, deve entrar em consideração para os casos em que há dificuldades extraordinárias para a execução da operação por via vaginal. Nos outros casos, a via vaginal é preferível e muito mais benigna. Os urologistas e os cirurgiões em geral preferem a via alta porque não têm a necessária prática com a via vaginal, não sendo entretanto este caso do dr. Ataíde Pereira, que, sobre ser um cirurgião e urologista, é ainda um ginecologista de raros méritos.

## SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, EM 30 DE SETEMBRO

**O estado e a proteção à maternidade.** — Prof. Clóvis Corrêa da Costa. — Afirmou o orador que o assunto continua necessitando de uma urgente e radical solução. Os casos de aborto e gestação interrompida são quatro vezes maiores. As práticas anti-concepcionais sempre crescentes reduzem mais ainda, a natalidade. O ilustre catedrático teceu comentários exaustivos, valendo-se de dados estatísticos importantes para mostrar a cifra, cada vez maior, da mortalidade infantil no nosso meio. Referindo-se ao Brasil, disse, "se um fazendeiro perdesse tão numerosa produção na sua indústria, estaria francamente arruinado, pela situação de descalabro, que em seguida sobreviria. Essa é a nossa si-

tuação, de ruina, de falência, em relação à natalidade". Para combater tal estado sugeriu a intensificação das seguintes medidas, além do aprimoramento das que existem: desenvolvimento de consultórios pré-natais; maternidades com caráter de instituto, tanto nas cidades como nas zonas rurais; serviço social; modificação das leis trabalhistas de maneira a se estabelecer o seguro infantil, assegurando a amamentação da criança durante um ano; seguro à maternidade; concessão às funcionárias públicas extra-numerárias e professoras do seguro à maternidade; sindicalização e todos os benefícios das leis aos empregados comerciários e rurais.

## Sociedade Médica São Lucas

## SESSAO DE 6 DE JUNHO

Presidente: Dr. José Saldanha Faria

**Considerações sobre a mola hidatiforme.** — Dr. Domingos Dellascio. — O A. discorreu sobre a mola hidatiforme, considerada hoje como blastoma, destruindo todas as velhas teorias clássicas. Discutindo o A. as várias classificações apresentadas para as molas, criticando-as a luz dos mais modernos conhecimentos. Apresentou a sintomatologia clínica e discutiu o diagnóstico diferencial. Estendeu-se sobre o tratamento, discutindo como se deve esvaziar o útero.

Discussão: O Dr. Hercílio Maroco referiu-se aos testes biológicos periódicos, para surpreender uma degeneração corioperiteliomatosa. O Dr. Eurico Branco Ribeiro citou um caso pessoal de prenhez molar aos 18 anos. O Dr. José Saldanha Faria referiu-se à degeneração maligna das molas.

**A importância da Moléstia de Nicolas-Favre na Medicina fóra da venerologia.** — Dr. Benedictus Mário Morão. — O A. fez inicialmente o histórico dos conhecimentos médicos sobre essa moléstia e deu uma tentativa de classificação das doenças por vírus, ficando a Nicolas-Favre entre os linfotrópicos ao lado da monocitose aguda. Falou sob a transmissão da moléstia, discutindo a questão dos portadores de vírus. Estudou as características clínicas da moléstia, desde as primeiras manifestações com o micro-cancro venéreo. Descreveu o sinal de May e expôz a patogenia das várias localizações. Mostrou as relações com o eritema nodoso, aconselhando a reação de Frei em todos os casos dessa manifestação. O mesmo se deve fazer nas colites muco-purulentas e em outras anormalidades do tubo

digestivo. Citou uma série grande de ourtas localizações assinadas pelos autores, dando os seus caracteristicos. Falou por fim sobre a associação com outras doenças venéreas.

**Discussão:** O Dr. Nicolau Assali citou várias manifestações mórbidas hoje consideradas, como produzidas pelo vírus de Nicolas-Favre criticando só firmar-se o diagnóstico etiológico pela reação de Frei, que poderia ser positiva em outras moléstias. O Dr. Ernesto Afonso de Carvalho citou ser o

quadro ocular poradênico frequente na sua observação clínica. O Dr. Hercílio Marroco citou o caso pessoal de uma localização anexial do processo, com estenose retal, verificando-se que o tumor palpável era um fecalomá. O Dr. Domingos Delascio falou sobre a raridade da localização genital interna. O Dr. B. Mário Mourão, falou sobre a identificação da moléstia nos vários órgãos, mostrando a necessidade de contislar os antígenos de Frei, afim de evitar enganos.

## Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo

SESSAO DE 14 DE MAIO

Presidente: Dr. Alvaro Couto Brito

**O Serviço de Pronto Socorro de São Paulo.** — Dr. Hilário Veiga de Carvalho. — O orador discursou longamente sobre os principais pontos que nortearam a organização do Serviço de Pronto Socorro em São Paulo. Citou os diversos problemas a resolver como as dificuldades de instalação dum hospital individualizado, demonstrando o valor e estabelecendo a defesa dos princípios que promoveram a assinatura do decreto n.º 13.899, que deu proveniente às mesmas atuais normas. Depois de enaltecer a obra desenvolvida pelo Governo, momente da parte de S. Excia. o sr. Interventor e do ilustre secretário da Segurança Pública, assim como do prof. Godoy Moreira, citou os tópicos do Decreto que necessitaram de comentário, findando por indicar os dados preenchidos.

**Imutabilidade dos desenhos formados pelas cristas papilares** — Dr. Roberto Thut. — O A. reporta-se inicialmente a Galton, que lançou as bases científicas da Dacti-

loscopia. Citando posteriormente autores, analisa suas teorias relativas à imutabilidade dactiloscópica, para confrontá-las com os recentes estudos, de Leonídio Ribeiro e João Paulo Vieira, acerca das moléstias capazes de lesar as papilas digitais. Acrescentando a essa análise algumas observações próprias, o A. estabeleceu as seguintes conclusões:

1 — A lepra, as dermatoses e outras moléstias não modificam e nem alteram as impressões digitais, mas somente são capazes de impedir ou dificultar a sua tomada, pela destruição (total ou parcial) das cristas papilares, e assim mesmo em determinados estados ou formas.

2 — As pretendidas modificações ou alterações dactiloscópicas, até agora observadas, se caracterizam apenas pela eliminação ou empastamento das linhas papilares do dactilograma. Quando possível a remoção das causas dessas anomalias, o desenho dactiloscópico se refaz tal como se apresentava anteriormente a essas causas.

3 — A destruição patológica das papilas digitais, não sendo uma fatalidade como ocorre com as características peculiares da senilidade, não constitue regra mas sim-ples exceção.

4 — O impedimento ou dificuldade de se obterem impressões digitais, nos casos do item I, só pode ser afirmado, por ora, pelos processos comuns de tomada de impressões digitais de pessoas sãs, convindo pois o estudo de um outro processo.

5 — Até hoje não se registrou um caso siquer, prático ou cientificamente provado, de que uma

impressão digital se modificou ou se alterou, transformando-se em outra. Por isso, só se admitirá, no terreno dactiloskopico, como verdadeira alteração ou modificação, quando estas tornarem a impressão digital diferente da que o indivíduo tinha anteriormente, confundindo-a ou não com a de outra pessoa.

6 — O princípio da imutabilidade de dactiloscópica, cujas primeiras bases científicas foram estabelecidas por Galton, não pode, até o presente, sofrer a menor dúvida ou contestação.

#### SESSAO DE 31 DE MAIO

Presidente: Dr. Arnaldo Amado Ferreira

**Radio-paraglifa em Medicina Legal.** — Dr. Hilário Veiga de Carvalho. — O A. disse que apresentava um processo de "modelagem" radiográfica, devido a Bela Alexander, e que torna a cópia roentgenográfica mais ilustrativa e comprensível, mormente para os leigos em medicina. Daí a sua aplicação em medicina legal, que o A. sugere. Ele pormenorizou a técnica, assaz simples, e referiu os cuidados essenciais a tomar.

**Projeto da lei de acidentes do trabalho.** — Dr. Moraes Leite. — O A. teceu várias, criteriosas e ponderadas considerações sobre vários artigos do novo projeto, apontando as vantagens incontestáveis do mesmo sobre a Lei atual n.º 24.637. Falou sobre a questão da modernização, da incapacidade temporária e parcial, da perícia médica, a prevenção de acidentes, e outros aspectos da lei atual.

### Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar

#### SESSAO DE 30 DE MAIO

Presidente: Dr. Figueira de Melo

**Profilaxia e tratamento do bôcio endêmico no meio escolar.** — Dr. Armando de Arruda Sampaio. — O A. declara inicialmente que tendo sido encarregado pelo dr. Figueira de Melo, diretor do Serviço de Saúde Escolar, de organizar um plano para a profilaxia e tratamento do bôcio endêmico nas nossas escolas primárias, vem expôr a orientação que lhe parece

mais adequada para esse fim, não só para trazer ao conhecimento dos colegas a deliberação do diretor daquele Serviço em iniciar brevemente essa medida, como também para receber sugestões.

Iniciada nos distritos afetados da Capital, essa providência deverá estender-se ao Interior, na medida das possibilidades do Serviço e da ampliação os dados que forem sen-

do obtidos com o prosseguimento do inquérito epidemiológico. Para o êxito da medida é indispensável a colaboração dos colegas, das educadoras sanitárias escolares, das autoridades do ensino e dos diretores e professores dos nossos grupos escolares.

Na Capital deverão, de início, ser selecionados os distritos de mais elevados índices de bocio, nos quais o iodo será empregado com fim profilático e terapêutico, sendo os escolares das zonas em estudo devidamente fichados para apuração dos resultados. Quanto aos métodos de administração do iodo, convém, a título experimental, que os escolares sejam divididos em grupos, recebendo cada um destes, o iodo nas diferentes doses consideradas eficazes e de modo contínuo e descontínuo, afim de se poder comparar o efeito e eleger-se por experiência própria,

o mais adequado para nosso meio. Como se sabe, há discordância entre os autores, achando os norte-americanos que os resultados que obtêm são superiores aos dos autores suíços pelo fato de adotarem dose contínua dez vezes maior (1 miligrama diário de iodo, durante todo o ano escolar) que a recomendada por aqueles (1 décimo de miligrama). O método descontínuo consistirá na administração de dez doses de vinte centigramos de iodato de potássio em cada semestre. Qualquer um desses métodos têm ação tanto profilática, como terapêutica, sendo inocuos mesmo em portadores de bocio adenomatoso. Depois de outras considerações, o orador congratula-se com o dr. Figueira de Melo pela inauguração em nosso país do profilaxia e tratamento do bocio endêmico, afecção a que até o momento não se tem dado a devida atenção.

## Sociedade Paulista de História da Medicina

### SESSÃO DE 11 DE JUNHO

Presidente: Dr. Ulisses Paranhos

**História da Endocrinologia.** — Dr. Gonzales Torres. — O conferencista iniciou sua interessante palestra mostrando que desde os egípcios antigos, como se verifica pelo papirus de Eberts, já se falava sobre o assunto. A seguir chamou a atenção para as fases teológicas, empírica e científica do assunto, estendendo-se no estudo das idéias de Hipócrates e de Galeno. Passou, depois, a tratar da idade média e tempos hodiernos apontando as fases por que passou a endocrinologia até os estudos de Claude Bernard, Gley Starling e Bayliss e os modernos en-

docrinologistas. Pôs em foco a origem do termo no estudo das glandulas sexuais, tiroides e paratoides, tecendo considerações sobre a matéria. Chamou a atenção para a terapêutica nas afecções da tiroide e paratiroide e dos resultados conseguidos.

Citou a questão do bocio e, tecendo comentários sobre a moléstia de Chagas, citou o "deficit" de todo das glandulas nesses casos. Finalmente, estudou o movimento endocrinológico no Brasil, citando os nomes dos principais cientistas brasileiros que têm cuidado do assunto.

**DAQUINOL -**

**NA GRIPE E NA  
PNEUMONIA**

## Centro de Estudos "Franco da Rocha"

SESSAO DE 17 DE MAIO

**Tumores metastáticos do sistema nervoso — a propósito de um caso.** — Dr. Aloysio Mattos Pimenta. — O autor fez uma revisão do assunto mostrando um caso que pareceu, antes um problema cirúrgico do que propriamente neuro-psiquiátrico. Tratava-se de um doente, paralítico geral, encaminhado ao Serviço Cirúrgico por apresentar gangrena da perna a qual foi depois amputada. Na ocasião de lhe ser dada a alta verificou-se pequeno tumor ócipital, cuja evolução foi acompanhada pelo médico assistente. Dois meses mais tarde aumentou e o doente foi novamente reconduzido ao Serviço Cirúrgico.

Todavia, o bom estado geral do paciente não permitiu que se suspeitasse da origem do mesmo e sómente durante a operação é que se verificou a corrosão da escama do ócipital, já com infiltração na dura e penetração intraduralmente. Pelo exame histo-patológico foi feito o diagnóstico de "carcinoma bronquico"; a radiografia dos pulmões esclareceu também ser um carcinoma primitivo clinicamente assintomático. Embora tardivamente o paciente entrou em caquexia, vindo a falecer subitamente. Feita a autópsia verificaram-se metástases crânio-meningeas com com-

Presidente: Dr. Francisco Tancredi  
pressão do cerebelo e hemisfério cerebral.

Dada a ausência de sintomas gerais pulmonares e neurárticos o problema tornou-se de difícil solução tanto para o clínico como para o neurologista e assim o autor registra que a frequência das metástases para o lado do sistema nervoso impõe ao neuro-psiquiatra a lembrança de tumores metastáticos na etiologia dos seus casos.

Por serem os tumores pulmonares os que mais frequentemente produzem metástases sugeriu o autor que se fizesse a radiografia dos pulmões, como rotina, em todos os casos em que haja suspeita de tumor cerebral. Acentuou em seguida o valor do exame clínico geral e não um departamento estanque. Finalizou dizendo que os sintomas neurológicos devem ser sempre analisados, dentro do conceito amplo do organismo, como um todo funcional e do enfermo como unidade não considerar a unidade apenas o sistema nervoso.

**Programa de Psicologia.** — O dr. Attila Ferreira Vaz apresentou um trabalho sobre "Programa de Psicologia", que foi comentado pelos drs. Pedro da Silva Dantas, Anthero Barradas arta, André Teixeira Lima e Aníbal Silveira.

## Sociedade de Medicina Aplicada à Educação Física

SESSAO DE 26 DE MAIO

**50 casos de taquicardia entre colegiais — Conduta médica a seguir em face da educação física.** — Dr. Reinaldo Kuntz Buch. — O autor depois de classificar as

taquicardias e recordar as suas etiologias mais comuns, focalizou as infecções focais, notadamente as amigdalianas e dentárias, referindo vários casos em que, estir-

padas as tonsilas grandemente aumentadas e feito rigoroso tratamento dentário, a taquicardia que se mantinha permanentemente acima de 110 pulsacões por minuto, desapareceu dando lugar a pulso normal entre 75 e 80 por minuto. Relatou três casos de taquicardia com sopro sistólico meso-esternal e pulmonar, que desapareceram totalmente com a amídalectomia por ele indicada e feita por especialista. Em face de suas observações em estudantes de ginásios e colégios onde exerce a

função de médico assistente de educação física, recomendou aos colegas que exercessem cuidadosa vigilância sobre os portadores de taquicardia, restringindo-lhes deviamente as práticas de exercícios físicos, mormente as de jogos sufocantes e em aparelhos que produzem compressão torácica, e investigando as infecções focais, que são sempre de consequências muito danosas a órgãos como coração, rins, pulmões, estômago, intestino, etc.

## Outras Sociedades

**Centro de Estudos de Oftalmologia**, sessão de 16 de maio, ordem do dia: Aplicações clínicas da penicilina — Dr. Favorino Prado Junior.

**Centro de Estudos de Oftalmologia**, sessão de 13 de junho, ordem do dia: Ótica geométrica; noções sobre sistemas óticos centrados — Dr. Paulo T. Bittencourt.

**Instituto Biológico**, sessão de 9 de junho, ordem do dia: A Entomologia sob vários aspectos — Dr. O. Monte; Controle estroboscópico de altas rotações — Dr. A. A. Bittencourt; Malaria no Vale do Rio Doce — Dr. A. Franco do Amaral.

**Sociedade de Biologia**, sessão de 8 de junho, ordem do dia: Eleição o 2.º secretário; R. Franco de Melo e C. Franke — A duração comparada do astro provocado por estrogénios ovarianos e por estrogénicos urinários.

**Sociedade de Gastro-Enterologia e Nutrição**, sessão de 7 de junho, ordem do dia: Criptas-anais — Dr. José Mário Caldas; Hidratação a proteinemia na cirurgia gastrointestinal — Dr. Nicolau Moraes Barros Filho; Cloremia na cirurgia gastro-intestinal — Dr. Mário Legni.

**Sociedade Médica São Jorge**, sessão de 1 de junho, ordem do dia: Doenças de Kocler — Dr. Mario Finochiaro; Esterilidade na mulher — Dr. José Gallucci; Tratamento da esterilidade masculina especialmente obstrutiva — Dr. Geraldo Campos Freire.

**Sociedade de Medicina Aplicada à Educação Física**, sessão de 6 de junho, ordem do dia: Casos de Taquicardia na adolescência; conduta médica em face da educação física — Dr. Reinanlo Kuntz Busch; Orientação do exame clínico dos ginasiandos e colegiais — Dr. Waldemar Teixeira Pinto.

**Sociedade Paulista de História da Medicina**, sessão de 9 de junho, ordem do dia: História da Endocrinologia — Dr. Gonçalves Torres; História da Biotipologia Nacional — Dr. Manuel Pereira.

**Sociedade Paulista de Leprologia**, sessão de 10 de junho, ordem do dia: A Glandula Lacrimal na Lepra Ocular — A Traqueotomia na Lepra e os seus resultados — Dr. Francisco Amendola; A Infiltração medicamentosa da mucosa nasal na Lepra — Dr. Francisco Amendola & Renato Braga; Considerações a respeito da Miasi Ocular e Nasal na Lepra — Sobre

um caso de Fibras Mielinica da Papila (Doente de Lepra) — Dr. Plínio Bittencourt Prado.

**Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar**, sessão de 20 de maio, ordem do dia: Profilaxia do Bócio Endémico dos Escolares de São Paulo — Dr. Armando de Arruda Sampaio; Consideração só-

bre a Eneurese Infantil — Dr. Joy Arruda.

**Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul**, sessão de 13 maio, ordem do dia: Um caso de rim policístico — Dr. Fuad Chamas e Aluisio Matos Pimenta; A neuro-cirurgia nos Estados Unidos — Dr. Aluisio Matos Pimenta.

## LITERATURA MÉDICA

### Livros recebidos

**Anuario Internacional de Clínica Médica, 1943** — Dick, Minot, Stroud, Castle, Amberson e Eusterman, edição castelhana da Livraria Panamericana (Casilla Correo 98), Buenos Aires, 1943.

A iniciativa que acaba de lançar a grande empresa editora de Buenos Aires é, sem dúvida, de considerável alcance para os médicos dos países latino-americanos. Com efeito, a fama dos Year Books está espalhada por toda parte, pelos benefícios que a quasi meio século vêm prestando à classe médica. A versão do conceituado anuário, na sua seção clínica e, em volume separado, na sua seção cirúrgica, vem coloca-lo ao alcance de maior número de leitores, proporcionando aos que não são versados no inglês a oportunidade de se aproveitarem da interessante coletânea dos principais trabalhos publicados cada ano. A seleção cuidadosa que preside à confecção do livro faz dele um útil repositório dos progressos na arte de curar. É assim que larga divulgação está destinada aos Anuários Internacionais de Clínica Médica. O presente volume tem excelente apresentação material, com capa resistente, um texto de 672 páginas, com 178 figuras e um completo índice da matéria coligida. Os Anuários acham-se à venda na Livraria Guanabara, rua do Ouvidor, 132, Rio.

**Tratado Elemental de Fisiologia.** — E. Gley, edição castelhana de Salvat, Barcelona, 1943.

A obra de Gley é muito conhecida dos brasileiros, pela grande divulgação das edições francesas em nosso meio. Agora, a Salvat Editora vem nos proporcionar a oportunidade de novamente encontrar o velho mestre em uma edição espanhola de um livro completamente refundido para por-se ao corrente das mais modernas evidências no campo da Fisiologia. Pierre Gley, filho de Eugène Gley, tomou a si a tarefa de atualizar o conceituado tratado, seguindo a mesma orientação didática das edições anteriores. Temos, assim, um livro de cujo valor é desnecessário falar, por quanto foi sempre o preferido pelos que, em nosso meio, se entregavam ao estudo da Fisiologia nos bancos acadêmicos. O volume contém 622 páginas com 392 ilustrações.

**Vitaminas e Síndromes de avitaminoses** — Bergamini, Toni, Longrini e Moura Campos, Livraria renzini, Martini, Roncato, Pelle-Humberto Ghiggino, S. Paulo, sem data.

Acaba de ser lançado à venda um excelente manual de vitimologia escrito sob a orientação do prof. Lorenzini, que também subscreve alguns capítulos, a maioria

dos quais é de autoria de autores italianos, cabendo a parte final ao prof. Franklin de Moura Campos, que expõe os resultados das pesquisas e observações dos brasileiros nesse campo vasto de clínica e de terapêutica nascido com a divulgação dos nossos conhecimentos sobre as vitaminas. A tradução para o português dos trabalhos italianos enfeixados neste volume constitui, além de um largo passo na aproximação cultural com os filhos do país peninsular, um valioso meio de divulgação entre nós de conceitos quotidianamente aplicáveis às contingências clínicas. Estando as vitaminas na ordem do dia, é fácil prever o interesse que este livro vai despertar, tanto mais que vem da escola aprimorada de Lorenzini, cuja reputação é desnecessário enaltecer. No prefácio da obra, diz Miguel Ozório de Almeida: "Não tenho a menor dúvida: o manual que tenho a honra de recomendar ao público terá todo o éxito a que fazem júus seus incontestáveis méritos". O volume apresenta-se finamente impresso pela Graphicars e contém 534 páginas com numerosas ilustrações.

**Patología Médica** — Canonico, Celaya, Delrio, Alguin, Goñi Moreno, Gravano e Mortola, El Ateneo (Florida, 340), Buenos Aires, 1944.

Vem alcançando grande sucesso o tratado de Patología Médica da coleção "Biblioteca de Medicina Interna" organizada pela editora platense El Ateneo e escrita por destacados professores argentinos. Acaba de sair o volume correspondente à segunda parte da obra, encerrando capítulos sobre doenças do peritoneo, pancreas, fígado e vias bilíárias. Num conjunto de quasi 600 páginas, com numerosas ilustrações, muitas das quais em planchas separadas do texto, os autores apresentam um magnífico apanhado das moléstias que afectam aqueles setores do abdome, revendo os conhecimentos clássicos e mostrando que ha-

90)

de mais moderno, à luz de farta documentação própria, que confere à obra um aspecto todo peculiar. Dá-se grande desenvolvimento aos meios semiológicos e à discussão do diagnóstico diferencial, o que torna a obra não só um repositório de conhecimentos mas também um manual de consulta para o médico prático.

**La muerte súbita** — R. Alvarez Toledo y Valerio, Salvat Editores (Lavalle, 371), Buenos Aires, 1943.

Na conhecida série de "Manuales de Medicina Práctica", a Salvat Editora incluiu um interessante volume sobre a morte súbita do ponto de vista medico-legal. O assunto foi entregue ao catedrático de Medicina Legal, Psiquiatria e Toxicologia da Universidade de Granada, que fez extensa explanação abrangendo não só os aspectos forenses como também os aspectos propriamente médicos da questão. Depois de falar sobre a etiologia geral, detém-se, em particular, na morte súbita ocorrida no decurso de moléstias cardiovasculares, afecções do aparelho respiratório, sistema nervoso, afecções do aparelho digestivo, do aparelho urogenital, administração de certas substâncias, infecções, gestação e puerpério, etc. Há capítulos especiais sobre a morte súbita em crianças e em consequência de intervenções cirúrgicas. O volume tem mais de 180 páginas com 6 figuras originais.

**Indice bibliográfico de Lepra** — L. Keffler, Departamento de Profilaxia da Lepra, São Paulo, 1944.

Trabalho de grande valor acaba de ser editado pelo Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo: um índice bibliográfico sobre a lepra, compreendendo o período que vae de 1500 a 1943. Trata-se de um trabalho resultante de paciência, perseverança e conhecimentos técnicos especializados só possível de ser realizado dentro de uma grande biblioteca. O ambiente, forneceu-o o novo modelar Serviço de Profilaxia de

Lepra, sob a orientação dos drs. Sales Gomes Junios e Nelson Souza Campos. A realizadora, encontramo-la na dedicada e competente bibliotecaria do Departamento, que, com o livro presente, vem facilitar consideravelmente qualquer pesquisa bibliográfica sobre lepra.

**Anales del Ateneo del Instituto de Maternidad y Asistencia Social "Samuel Gache", Buenos Aires, 1943.**

Segundo a boa praxe de enfeitar em volume o resultado da la-

bor científico das instituições, o prof. Nicanor Palacios Costa fez imprimir este primeiro número dos anais do Instituto que dirige, brindando a classe médica e particularmente os obstetras, ginecólogos e pediatras com uma coletânea de 37 excelentes trabalhos concernentes às suas especialidades. São trabalhos fundamentados em larga experiência e firmados por profissionais de comprovado valor. O volume apresenta-se com magnífica feitura material, contendo mais de 400 páginas, com numerosas ilustrações.

## Folhetos recebidos

**Tratamento das queimaduras —**  
F. Ellis Ribeiro, Revista Médico-Cirúrgica do Brasil, Rio de Janeiro, outubro 1943.

**Algumas questões de vitamino-  
logia —** Vicente Baptista, Revista  
Médica Brasileira, maio 1942.

**Departamento de Medicina Mi-  
tar, da Associação Paulista de  
Medicina — Instalação solene e  
posse da primeira diretoria, São  
Paulo, 1943.**

**Síntesis de los fundamentos cién-  
tificos y de la práctica de la va-  
cunación antituberculosa por el  
B C B —** Pedro Domingo, Edito-  
rial Neptuno, Habana, 1942.

**La aplicación local de la sulfa-  
nilamida en los procesos piogénes  
de la piel —** Geraldo Heitmann  
Werner, Medicina Moderna, Val-  
paraiso, Chile, XVI, abril 1943.

**Bibliografia de Carlos Rusconi,  
1927-1937.**

**Associação dos Sanatórios Po-  
pulares "Campos do Jordão", "Sa-  
natorinhos", relatórios da diretoria  
referente ao ano de 1942.**

**Sulfanilamidas em oftalmología —**  
Moacir E. Alvaro, Revista Pau-

lista de Medicina, XXIII, outubro de 1943.

**Policlínica de São Paulo, rela-  
tório social e financeiro de 1943,  
apresentado ao Cons. Administrati-  
vo em 6 de setembro de 1943.**

**Santa Casa de Misericordia de  
São Paulo, relatório do ano de  
1941, Imp. Graf. "Revista dos Tri-  
bunais", São Paulo, 1942.**

**Ricardo Finochieto,** discursos  
pronunciados durante sua recepção  
como membro da Academia Na-  
cional de Medicina da Argentina,  
Buenos Aires, 1941.

**Introdução ao estudo da assep-  
sia integral —** Mauricio Gudin,  
Revista Médico-Cirúrgica do Bra-  
sil, Rio de Janeiro, outubro-novem-  
bro 1942.

**Cirurgia gástrica e intestinal  
asseptica por laminação e xuleio  
sero-muscular temporário de ida e  
volta —** Mauricio Gudin, Boletim  
da Academia Nacional de Medi-  
cina, Rio de Janeiro, setembro 1943.

**El tratamiento de los quistes  
hidáticos pulmonares —** Ignacio  
Gonzales Ginouves, Archivos de la  
Sociedad de Cirujanos de Hospi-  
tal, Santiago, Dezembro 1942.

## IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Sumário dos últimos números

**Arquivos de Biologia**, XXVIII, 49-76, maio-junho 1944 — Notas sobre algumas questões micológicas — Floriano da Almtida e Carlos da Silva Lacaz; Novas provas de aplicação médico-legal para a identificação de sangue seco — E. Biocca; Sobre uma eugregarina do intestino do *Astylus atramaculatus* Blanch — A. Carini.

**Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental**, VIII, 5-92, fevereiro 1944 — Prolapsos do útero — José Medina; Apêndicite crônica — Carlos Alberto Salvatore.

**Publicações Médicas**, CXLIV, 3-56, março-abril 1944 — Diverticulite aguda de Meckel — Paulo Gomes de Romeo; Sobre dois casos de Granuloma Pacoccidióico observados em Curitiba — Fernando Simas; As lesões da uretra posterior nas fraturas da pelve — Humberto Gianella; Imunização contra a Tuberculose e Vacinação pelo B.C.G. — Laury Tavares.

**Resenha Clínico-Científica**, XIII, 187-222, maio 1944 — Requerimento vitaminílico do lactante en su primer semestre — Pedro A. Escudero; As lesões arteriolares na hipertensão: estudo de 350 casos consecutivos tratados cirúrgicamente — Apreciação do valor prognóstico da biopsia muscular — Piero P. Foá, Naomi D. Foá e M. M. Peet; Método simples para a determinação do fluxo sanguíneo renal eficaz e da massa tubular excretora no homem — Piero P. Foá e Naomi L. Foá.

**Revista Clínica de São Paulo**, XV, 67-96, março 1944 — Orobismutoterapia nas anginas infantis — Oswaldo Bighetti, Vicente Moneti e Plínio R. de Carvalho.

**Revista de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo**, VI, 253-320, outubro-dezembro 1943 — Prolapsos genitais em Nullipara — José Gallucci; Impressões de Viagem a Buenos Aires e do V Congresso Argentino de Obstetrícia e Ginecologia — L. A. Horta Barbosa; Histofisiologia da "Parte Passiva" do útero — (istmo, Cervix e Portio Vaginalis) — José Oria.

**Revista Paulista de Medicina**, XXIV, 151-208, março de 1944 — A sífilis no meio militar — Ruy Faria; Da Arsenoterapia macia e intensiva no tratamento da sífilis — J. Alcântara Madeira; Algumas provas de imunização e neutralização cruzadas entre o vírus neurotrópico da febre amarela clássica e o vírus isolado de doentes de febre amarela silvestre na epidemia de 1936-1937, no Estado de São Paulo — Lucas de Assumpção; Os anofelineos da ilha de Santo Amaro — Renato R. Corrêa e Alberto S. Ramos.

**São Paulo Médico**, XVII, 5-114, abril 1944 — Esquistosomose de Manson associada a sinforsacoma — Bernardo Figueiredo Magalhães e J. Lopes Faria.

**Seara Médica**, III, 13-107, janeiro 1944 — Clínica da hipertensão arterial — Lígia M. Ferreira, Michel Kamra, Ary L. Almeida e José F. Pontes; Esquistosomose Manson com localização vesical. Considerações a propósito de um caso com comprovação necroscópica — João Alves Meira; Hipoplasia Pulmonar com agenésia alveolar — Walter Bomfim Pontes e J. Horácio Medeiros S.

**Jalepat - Extrato de fígado e vitaminas**

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Homenagem à memória de Arnaldo Vieira de Carvalho.** — Foi condignamente comemorada a passagem do 24.<sup>o</sup> aniversário do falecimento de Arnaldo Vieira de Carvalho.

Realizaram-se em torno à sua herma, no pateo fronteiro ao edifício da Faculdade de Medicina, o Sr. Prof. Dr. Benedito Montenegro, Diretor da Faculdade, Dr. L. Goullart de Faria, Secretário; Prof. Dr. Candido de Moura Campos e Dr. Aires Neto, representantes da Mesa Administrativa da Santa Casa; Dr. Osvaldo Portugal, pelo Instituto de Radio "Arnaldo Vieira de Carvalho"; Dr. Pedro Aires Neto, pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo; Prof. Dr. Felício Cintra do Prado, Presidente da Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina; Sr. Francisco Veloso Braga, Presidente do Centro Acadêmico "Osvaldo Cruz"; Drs. Raul e Carlos Vieira de Carvalho, filhos do Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho; Prof. Dr. Flaminio Favero, Diretor dos Presídios do Estado; Prof. Dr. Geraldo de Paula Sousa, Diretor do Instituto de Higiene, professores assistentes, alunos e funcionários da Faculdade.

Nessa ocasião falaram os seguintes oradores: Prof. Dr. Luciano Gualberto, em nome da Faculdade de Medicina; Dr. Eurico Branco Ribeiro, pela Associação dos Antigos Alunos e Sr. João Bellini Burza, pelo Centro Acadêmico "Osvaldo Cruz", todos enaltecedo a grande figura do cirurgião e cientista patrício.

Foi o seguinte o discurso profrido pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro:

"E' prazenteiramente que a Sociedade dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina de São Paulo comparece a esta solenida-

de em homenagem à memória do fundador da nossa Escola.

Arnaldo Vieira de Carvalho é hoje um duplo símbolo — símbolo da cirurgia paulista e símbolo da nossa escola médica.

As duas facetas da sua realçante atividade individual, tanto no exercício da carreira profissional que o fez cirurgião emérito como na organização e direção desta pujante Faculdade que aí está, já foram glorificadas pela palavra fluente de inúmeros oradores, ciosos de fazer justiça a um dos grandes vultos benfazejos que passou pelas terras de Piratininga.

Enquanto vivo, recebeu o Dr. Arnaldo as mais inequívocas provas de apreço e gratidão pelos benefícios sem conta que as suas mãos cheias de arte e o seu coração bondoso inspirado por um cérebro culto e equilibrado fizera espalhar por todos os recantos de São Paulo. Como fundador e primeiro diretor da Faculdade de Medicina de São Paulo, sempre mereceu o Prof. Arnaldo Vieira de Carvalho o mais decidido apoio dos poderes públicos e sempre fez júus ao respeito e acatamento dos colegas que foi escolhendo para brindar São Paulo com este templo de ciência em que recebemos as luzes norteadoras da nossa vida profissional.

Com a morte de Arnaldo Vieira de Carvalho cessaram as suas atividades terrenas, mas o seu espírito continua velando pelas obras em que se empenhou.

Quasi um quartel de século é já tempo suficiente para provar que a imagem de Arnaldo Vieira de Carvalho não se apagou, mas a sua sombra, como a dos objetos que se vão distanciando, a mais e mais vai crescendo e abrigando sob a doce penumbra da recordação de seus atos uma ple-

iade cada vez maior de cirurgiões saídos da escola que fundou e ávidos de seguir na vida prática a mesma correção de conduta que o seu exemplo concretizou.

Arnaldo Vieira de Carvalho é bem o símbolo da cirurgia paulista!

Continue o se espírito a inspirar para o bem e continue a sua memória a servir de balisa de conduta a todos os que vêm seguindo a divina arte de que foi mestre aqui na Terra!

Para os continuadores de sua obra como membros do corpo docente desta Faculdade, a figura de Arnaldo Vieira de Carvalho já não é mais a simples lembrança visual do seu porte austero e insinuante. Mesmo para aqueles que tiveram a ventura de conhecê-lo, não é o homem que impressiona e impõe respeito: é a sua ação como organizador e como diretor que desperta admiração e faz surgir cada ano, com expressiva espontaneidade, manifestações como esta de tradicionalismo sádico e de rememoração saudosa de uma exis-

tência que tantos e tão edificantes exemplos apresentou para os que têm sobre si a responsabilidade do ensino médico em São Paulo. Para os demais que mourejam sob o teto desta Faculdade, Arnaldo Vieira de Carvalho é um simples símbolo e será como figura simbólica da Faculdade que a sua memória irá passando à posteridade. Continue ela sendo cultuada como hoje o fazemos e sirva de incitação para que avance sempre o progresso da Medicina em nosso meio, através da palavra sábia dos professores desta Escola!

E' com este votos que aqui comparece prazenteramente a Sociedade dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina de São Paulo".

Encerrando a solenidade, o Sr. Professor Dr. Benedito Montenegro agradeceu o comparecimento dos amigos do Professor Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, concitando-os a continuar a cultuar a memória de tão ilustre vulto da medicina patria.

## Beneficência Portuguesa

**Homenagem ao dr. Mendonça Cortez** — Por ter completado 20 anos de serviços médicos prestados à Beneficência Portuguesa, foi o dr. J. Mendonça Cortez alvo de significativa homenagem, que constou da inauguração de uma placa com o seu nome e de um almoço oferecido pela Diretoria daquela Sociedade. Saudou o homenageado o sr. Com. Antônio da Silva Para. Entre os vários oradores que se fizeram ouvir a seguir estava o dr. Eurico Branco Ribeiro, presidente da Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, que proferiu as seguintes palavras:

"Senhores diretores da Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência!

Senhor doutor João Mendonça Cortez!

Meus senhores! —

96)

Foi com grande e inequívoca satisfação que o corpo médico desta Casa recebeu o convite para comparecer à homenagem com que a Diretoria da Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência demonstra o elevado apreço que lhe merece a figura destacada de um dos mais renomados clínicos que São Paulo possue.

E' sempre com indisfarçável alegria e com incontida expotaneidade que trocamos comentários toda vez que nos chega a notícia da próxima realização de uma pública demonstração de reconhecimento a um companheiro que, pelos seus méritos evidenciados num longo e contínuo período de caridosas atividades profissionais, se tornou digno das mais extensas e significativas distinções. Foi assim que ecoou em nosso ambiente a notícia desta festa. E é por isso que,

na sua quasi totalidade, os médicos do Hospital São Joaquim estão aqui presentes para emprestar o seu apoio à justa iniciativa da Diretoria. E, completando a unanimidade, os que aqui não compareceram, impelidos por motivos estranhos à homenagem, estão a esta hora convergindo os seus pensamentos para ela, sentidos de não presenciá-la e acordes em considerá-la como demonstrativa de um elevado espírito de justiça.

Entre as maneiras de corresponder a serviços prestados no exercício de funções profissionais, certamente a que nos toca mais fundo, descendo ao âmago, é a da declaração pública do reconhecimento, principalmente quando sobrepostas demais. Não há aí interesses secundários; não há aí desincumbência de compromissos: há, sim, uma espontânea manifestação de apreço, que só pode ser despertada por merecimentos verdadeiros.

Si o profissional não pôde desprezar as circunstâncias materiais da existência, também não encontraria compensações do seu esforço e dedicação sem os frutos espirituais das palavras confortadoras e dos atos públicos tendentes a premiá-los. São marcos que ficam. Ficam indelevelmente gravados nos anais da vida do indivíduo, refle-

tindo o brilho de suas intenções puras sobre as páginas árduas de aperfeiçoamento técnico e de sacrifícios de toda ordem com que conquistou a elevação na carreira profissional. Tem, pois, o valor dos bens inalienáveis, por que, uma vez incorporados, nunca mais deixarão de figurar nas memórias de uma existência. E' por isso que toca diretamente à alma a efetivação de uma homenagem nos moldes da que óra presenciamos. Ao fazê-la, senhores diretores da Beneficência, estais inscrevendo uma página indelevel de justiça, que é, por certo, uma das mais belas que já se originaram do espírito generoso e bom que predomina nesta Casa. Pedindo-vos que consigneis o nosso inteiro aplauso ao ato de hoje, por intermédio da palavra do presidente da Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa de São Paulo os colegas de hospital do dr. J. Mendonça Cortez vos agradecem a oportunidade que lhes concedestes de aqui poderem mais uma vez testemunhar a esse destacado clínico e cativante amigo o elevado apreço em que é tido por todos. Haveis de consentir que elevemos a nossa taça em homenagem ao dr. João Mendonça Cortez.

Ao dr. Cortez!"

## Centro Acadêmico Osvaldo Cruz

### Instalação de novo Departamento.

Realizou-se a 14 de junho a instalação do Departamento de Medicina Social.

Abertos os trabalhos, o Prof. Moura Campos designou dois estudantes de medicina para introduzir no recinto o prof. Harold Chope, o que foi feito sob calorosa salva de palmas da assistência.

O Prof. Moura Campos, a seguir, se refere, em rápidas palavras ao significado da solenidade de instalação do novo departamento, e, em seguida, exalta o precioso concurso da Fundação Rocke-

feller no desenvolvimento da Medicina entre nós, e à tarefa desempenhada pelo Prof. Harold Chope, na realização dos altos objetivos da referida Fundação.

Falaram, depois, sobre as finalidades do Departamento de Medicina Social do Centro Osvaldo Cruz, associando-se às homenagens que estão sendo prestadas ao Prof. Harold Chope, os srs.: João Belini Burza, em nome do Prof. Franklin de Moura Campos, pelos antigos "fellows" da Fundação Rockefeller; Oscar Sampaio, em nome das associações médicas

de São Paulo; e Samuel Pessoa, pelo Departamento de Medicina Centro Académico Osvaldo Cruz; Social do Centro Osvaldo Cruz, que traçou em linhas gerais o programa do órgão que vai orientar.

Agradecendo a homenagem de que fôra alvo, e acedendo, tam-

bém, ao convite que lhe fora feito pelo Departamento de Medicina Social estudiantino, o Prof. Harold Chope proferiu interessante palestra, em que historiou a colaboração da Faculdade Rockefeller e os seus objetivos no Estado de São Paulo.

## Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

**II Congresso Médico Paulista para comemorar o cinquentenário da Sociedade.** — A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo realizará em março de 1945, o II Congresso Médico Paulista com a colaboração de médicos brasileiros e dos países sul-americanos, afim de comemorar o seu cinquentenário.

Em sessão ordinaria do dia 15 de março, foi aclamada a seguin-

te Comissão Executiva: presidente, dr. José Ayres Neto, presidente-emerito da Sociedade; secretário, dr. Pedro Ayres Neto, secretário geral da Sociedade; tesoureiro, dr. Oscar Gordinho e os seguintes membros: prof. Carlos Gama, presidente da Sociedade; prof. Eduardo Monteiro, vice-presidente da Sociedade; drs. Roberto Oliva, Mesquita Sampaio, Francisco Cerruti e Geraldo Vicente de Azevedo.

## Problemas de Patologia

**Série de conferências.** — A firma João Gomes Xavier & Cia. Ltda. — LABORATÓRIO XAVIER está promovendo varias palestras sobre Problemas de Patologia, orientadas pelo Prof. Dr. Dorival da Fonseca Ribeiro e versando todas sobre temas de grande interesse.

As conferencias são realizadas por livres docentes da Faculdade de Medicina e por medicos de projeção em nosso meio científico e constam de 16 palestras que se estão realizando no Salão da Biblioteca Pública Municipal e no Salão da Associação Paulista de Medicina, nesta capital.

As inscrições, sem qualquer onus para os interessados, são dadas à Rua Conde do Pinhal, 52, ou pelo telefone 3-4139.

Dia 30-8-44: — Ass. Paulista de Medicina — às 20,30 hs. — Prof. Dr. Dorival da Fonseca Ribeiro —

"Conceito de Vitamina" — às 21,30 hs. — Doc. Livre Dr. José Ramos J. — "Orientação atual na terapêutica das cirroses".

Dia 1-9-44: — Ass. Paulista de Medicina — às 20,30 hs. — Doc. Livre Dr. Domingos Delacio — "Orientação diagnóstica e terapêutica no carcinoma do colo uterino" — às 21,30 hs. — Dr. Osvaldo Freitas Julião — "Diagnóstico Diferencial dos Paralisios Organicas".

Dia 4-9-44: — Biblioteca Pública Municipal — às 20,30 hs. — Doc. Livre Dr. Luiz Décourt — "Orientação geral prognóstica e terapêutica nas glomerulo-nefrites agudas difusa" — às 21,30 hs. — Doc. Livre Dr. Bernardino Tranchesi — "Orientação geral prognóstica e terapêutica nas anemias".

Dia 6-9-44: — às 20 hs. — Dr. Luciano Décourt — Orientação

geral prognóstica e terapêutica no diabete" — às 21,30. — Doc. Livre Dr. Paulo A. Toledo — "Valor do exame radiológico no abdome agudo".

Dia 12-9-44: — Biblioteca Pública Municipal — às 20,30 hs. — Doc. Livre Dr. Ariovaldo C. Carvalho — "Orientação geral prognóstica e terapêutica nas supurações pulmonares" — às 21,30 hs. — Dr. Carlos Lacaz — "Valor clínico da flora intestinal".

Dia 19-9-44: — Biblioteca Pública Municipal — às 20,30 hs. — Dr. Pedro Janini — "O valor do quadro leucocitário nas infecções agudas" — às 21,30 hs. — Doc. Livre Dr. Antônio Ulhôa Cintra

— "Orientação geral prognóstica e terapêutica nas ictericias".

Dia 25-9-44: — Biblioteca Pública Municipal — às 20,30 hs. — Doc. Livre Dr. Reynaldo Chiaverrini — "Orientação geral prognóstica e terapêutica na sífilis cardio-vascular" — às 21,30 hs. — Doc. Livre Dr. Orestes Rosseto — "Orientação geral prognóstica e terapêutica nas enterocolites".

Dia 2-10-44: — Biblioteca Pública Municipal — às 20,30 hs. — Doc. Livre Dr. Bernardino Tranchesi — "A gravidez e o parto nas cardíacas" — às 21,30 hs. — Doc. Livre Dr. Luiz Décourt — "Alterações renais na gravidez e no parto".

## ASSUNTOS DE ATUALIDADE

### Vademecum médico-farmacêutico

**Uma iniciativa útil.** — Um livro que apresentasse, bem organizado, um sistema "sintético descriptivo e informativo de tudo o que se relaciona com os produtos farmacêuticos circulantes entre nós, suas indicações e propriedades terapêuticas, seria um livro de grande utilidade, imprescindível mesmo, para as classes médica e farmacêutica do Brasil por facilitar-lhe rápida consulta sobre assuntos de imediato interesse.

Esse livro já existe. Foi organizado e editado pela firma Mário M. Ponzini & Cia. sob a direção científica do Dr. João de Deus Bueno dos Reis e a sua 3.<sup>a</sup> edição acaba de aparecer.

Nesta nova edição, cuja 1.<sup>a</sup> Secção (Dicionário das Especialidades Farmacêuticas) foi acrescida de mais de 100 páginas, os editores deram uma feição mais racional e maior facilidade consultiva aos capítulos do livro, reunindo neles matérias que se subordinam diretamente aos títulos dos mesmos. Assim, poderemos ve-

rificar, pelo índice, que os assuntos contidos no livro estão sistematicamente organizados e encadrados nos cinco capítulos seguintes: 1.<sup>o</sup> — Dicionário das Especialidades Farmacêuticas; 2.<sup>o</sup> — Dicionário das Indicações e Propriedades Terapêuticas; 3.<sup>o</sup> — Dicionário das Águas Minerais e Estâncias Crenofungoterápicas Brasileiras; 4.<sup>o</sup> — Dicionário dos Climas e Estâncias Climatotálassoterápicas Brasileiros; 5.<sup>o</sup> — Dicionário dos Fabricantes, Representantes, Distribuidores, Depositários e Concessionários de Especialidades Farmacêuticas.

Não se pode desejar, neste momento, uma organização de dados tão elucidativos e minuciosos, dispostos em forma metódica, prática e concisa, como a do Vademecum Médico-Farmacêutico.

Este livro é, por si só, de natureza dinâmica. As suas futuras edições têm que trazer modificações e acréscimos, acompanhando assim o desenvolvimento científico dos nossos laboratórios farmacêu-

ticos que forem aparecendo no mercado.

Os editores prometem, nos períodos que intervalam as edições do "Vademecum", publicar suplementos para distribuição gratuita entre os possuidores da última edição, nos quais serão retificados possíveis lapsos que se tenham ve-

rificado na mesma, como também divulgadas novas informações e atualizados os informes dela constantes.

Esta é uma excelente idéia, que vem tornar o livro sempre em movimento.

O. C.

## *ESTUDOS CIRÚRGICOS*

(4.ª SÉRIE)

**DR. EURICO BRANCO RIBEIRO**

PERTO DE 300 PÁGINAS, COM NUMEROSAS ILUSTRAÇÕES

**PREÇO Cr\$ 50,00**

*Pedidos ao Autor: CAIXA POSTAL, 1574 — S. Paulo*

### **LABORATORIO KALMO**

*Secção industrial de VICENTE AMATO SOBRINHO & CIA.*

**SÃO PAULO**

PRINCÍPIO ANTITÓXICO DO FIGADO, SEGUNDO O MÉTODO DE FORBES

## **HEPACRITAN COFA**

CADA AMPOLA DE 1 cc. CONTEM 1 UNIDADE RATO

### **USO INTRAMUSCULAR**

MOLESTIAS HEPATICAS — INTOXICAÇÕES EXOGENAS E ENDOGENAS — ESTADOS ALERGICOS — PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA INTOLERANCIA PELAS SULFANILAMIDAS E PELOS ARSENOBENZOIS — UREMIA E TOXIEMIA GRAVIDICA — TRATAMENTOS PRE' E POST-OPERATORIOS

bém  
s e  
ons-  
que  
mo-